VISIT…

NB

МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ СОЮЗА ССР

Экз. № 5506

РУКОВОДСТВО
ПО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ СОВЕТСКОЙ АРМИИ И ВОЕННО-МОРСКОГО ФЛОТА

ВОЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ СОЮЗА ССР
МОСКВА — 1961

МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ СОЮЗА ССР

РУКОВОДСТВО
ПО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ СОВЕТСКОЙ АРМИИ И ВОЕННО-МОРСКОГО ФЛОТА

ВОЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ СОЮЗА ССР
МОСКВА — 1960

С выходом в свет настоящего Руководства утрачивает силу Руководство по лечебно-профилактическому обеспечению Вооруженных Сил Союза ССР, изд. 1950 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее Руководство имеет своей задачей дать войсковому и госпитальному врачу минимум сведений о том, что им нужно делать для медицинского обеспечения войск в мирное время, как правильно организовать эту работу с целью укрепления боевой мощи и боевой готовности Вооруженных Сил Союза ССР.

Эту задачу медицинская служба может успешно решить только на основе современных достижений медицинской науки с широким и целеустремленным использованием профилактических мероприятий в своей практике.

Профилактическое направление в современной медицине, включающее санитарно-гигиенические, противоэпидемические и лечебно-профилактические мероприятия, должно лежать в основе деятельности военных врачей и в целом медицинской службы Советской Армии и Военно-Морского Флота.

Недостаточные знания врача неизбежно скажутся отрицательно на практических результатах его деятельности при проведении санитарно-гигиенических, противоэпидемических или лечебно-профилактических мероприятий.

Профилактическое направление в медицине предъявляет военному врачу высокие требования в его теоретической и клинической подготовке и предусматривает постоянное изучение им причин заболеваемости.

Как известно, большое место в общей заболеваемости военнослужащих занимают простудные заболевания, болезни кожи и подкожной клетчатки. Для снижения указанной заболеваемости возможно проведение широкого комплекса профилактических мероприятий. При этом необходимо различать медицинскую профилактику, которую следует настойчиво проводить на высоком научном уровне, и административно-хозяйственные мероприятия, выполнение

которых составляет задачу хозяйственной службы и командиров подразделений.

Всем также известно значение полноценного питания в повышении защитных сил организма и его сопротивляемости к заболеваниям. Правильно налаженное питание является важнейшим оздоровительным фактором и мерой предупреждения заболеваемости. Для этого необходим постоянный медицинский контроль за физиологической полноценностью пищи, за достаточным содержанием в ней питательных веществ, витаминов, за режимом питания. Однако многие войсковые врачи медицинский контроль за питанием подменяют санитарным надзором, обращая основное внимание не на качество питания, а только на качество уборки кухонь, столовых, складов и т. д.

Подмена медицинского контроля санитарным надзором является выражением недостаточной медицинской подготовки врача и поверхностного отношения его к медицинской профилактике в широком понимании этого слова, а иногда указывает на отсутствие твердых врачебных знаний в вопросах физиологии и гигиены питания. Такой контроль, не являясь медицинским, не может превратить питание в мощный оздоровительный фактор и быть использованным в целях снижения заболеваемости и улучшения физического состояния войск.

В Руководстве уделено большое внимание организации медицинского контроля за физическим состоянием военнослужащих и, в частности, диспансеризации офицерского состава, так как в этом разделе работы военных врачей имеются существенные недочеты. Так, при проведении медицинского обследования военнослужащих не всегда достаточно глубоко изучается состояние их здоровья, а в отношении выявленных больных оздоровительные меры в нужном объеме не проводятся, для их лечения не используются достижения современной медицинской науки; недостаточно уделяется внимания правильной организации их быта, труда, питания. Эти недочеты крайне затрудняют получение должного эффекта в предупреждении тяжелых заболеваний, таких, как атеросклероз, грудная жаба, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь.

Состояние лечебной работы войсковых медицинских учреждений также нуждается в дальнейшем улучшении. Ошибки в диагностике инфекционных заболеваний, язвенной болезни, кишечной непроходимости приводят к случаям поздней госпитализации и к снижению терапевтиче-

ского эффекта, а иногда к неблагоприятным исходам при оперативном вмешательстве. Не все благополучно с оказанием лечебной помощи при травматических повреждениях, что указывает на недостаточное внимание, уделяемое некоторыми военными врачами основным положениям военно-полевой хирургии и опыту Великой Отечественной войны.

Дефекты в лечебной работе находят свое объяснение в том, что отдельные войсковые и госпитальные врачи мало работают над повышением своей медицинской квалификации, не интересуются достижениями современной медицинской науки, недостаточно читают периодическую литературу и редко посещают заседания научных обществ.

Постоянная работа военного врача над повышением своей медицинской квалификации крайне необходима для медицинского обеспечения войск в современной войне, где врач может встретиться с массовым поражением войск атомным, химическим и бактериологическим оружием. В связи с этим необходимо, чтобы военные врачи в совершенстве владели основами клиники распространенных заболеваний мирного времени. Это поможет медицинской службе во время войны правильно проводить лечебно-профилактические и санитарно-эпидемиологические мероприятия в отношении массовых поражений, изучение которых в мирное время проводится в основном только теоретически.

В составлении настоящего Руководства принял участие большой коллектив военно-медицинских работников военных округов, флотов и военно-лечебных учреждений, которые на основе опыта и с учетом указанных выше недочетов в лечебно-профилактическом обеспечении войск внесли ряд разделов, не освещенных в первом издании Руководства. В свете новых требований изложены главы «Организация медицинского контроля за физическим состоянием личного состава Советской Армии и Военно-Морского Флота», «Основы медицинского обеспечения боевой и физической подготовки личного состава воинской части». Дополнительно внесены главы «Особенности лечебно-профилактического обеспечения войск в условиях крайних климатических зон и горно-высотной местности», «Организация, методы и средства санитарного просвещения», «Организация работы с письмами военнослужащих» и др.

В приложениях к Руководству дан ряд методических указаний и инструкций по проведению войсковыми врачами лечебно-профилактической работы в воинских частях.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ВОИНСКИХ ЧАСТЯХ, НА КОРАБЛЯХ И В ВОЕННО-УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

ГЛАВА I

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ПО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЛИЧНОГО СОСТАВА ВОИНСКОЙ ЧАСТИ [1]

1. Лечебно-профилактическое обеспечение личного состава армии и флота, являясь выражением основного принципа советской медицины — единства профилактики и лечения, представляет собой сумму профилактических и лечебных мероприятий, направленных на укрепление боевой готовности войск путем улучшения физического состояния военнослужащих, предупреждения и снижения их заболеваемости и трудопотерь, своевременного распознавания заболеваний и квалифицированного лечения заболевших.

2. Основными задачами медицинской службы по лечебно-профилактическому обеспечению являются:

— изучение особенностей службы в каждом роде войск с целью выявления характерных условий боевой подготовки, предъявляющих те или иные требования к организму военнослужащих;

— постоянный медицинский контроль за физическим состоянием личного состава, осуществляемый как в процессе повседневной боевой подготовки, так и при проведении установленных медицинских обследований личного состава;

---

[1] Здесь и далее под воинскими частями подразумеваются также корабли, военно-учебные заведения и учреждения Советской Армии и Военно-Морского Флота.

— содействие командирам в совершенствовании боевого мастерства солдат путем укрепления их физического состояния, выработки физических качеств, необходимых для наиболее полноценного выполнения ими своих служебных обязанностей;

— квалифицированное, построенное на основе современной медицинской науки лечение больных и пострадавших с одновременным установлением и устранением причин, вызвавших заболевания и повреждения;

— постоянный контроль за физиологической полноценностью и витаминной насыщенностью солдатского рациона;

— целеустремленная санитарно-просветительная работа как одна из основ профилактики;

— проведение военно-научной работы с целью анализа и обобщения опыта лечебно-профилактического обеспечения войск;

— организация в особых случаях медицинской помощи членам семей военнослужащих;

— руководство детскими учреждениями воинских частей и учреждений.

3. Проведение судебно-медицинской экспертизы. Постановлением органов расследования, определением суда или приказанием командования любой врач может привлекаться к этой работе.

В этих случаях необходимо пользоваться указаниями гл. XII части второй настоящего Руководства.

4. Выполнение указанных в ст. 1 и 2 задач медицинской службы в значительной мере зависит от организации ее работы и степени вовлечения в эту работу не только всего медицинского состава, но и командиров, политработников при условии целеустремленного планирования и постоянного контроля за исполнением [1].

5. Решающее значение в деле лечебно-профилактического обеспечения личного состава воинской части имеет руководство этой работой со стороны начальника медицинской службы соединения (гарнизона).

---

[1] Примерный план работы медицинской службы воинской части и технику его составления см. в приложении 14.

ГЛАВА II

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО КОНТРОЛЯ ЗА ФИЗИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ ЛИЧНОГО СОСТАВА СОВЕТСКОЙ АРМИИ И ВОЕННО-МОРСКОГО ФЛОТА

Общие положения

6. Медицинский контроль за физическим состоянием военнослужащих является основой лечебно-профилактического обеспечения личного состава Советской Армии и Военно-Морского Флота. Обеспечение осуществляется комплексными методами, включающими систематическое наблюдение за физическим состоянием личного состава войск (флота) и своевременное проведение активных оздоровительных и лечебных мероприятий нуждающимся в них.

Задачей медицинского контроля за физическим состоянием личного состава Советской Армии и Военно-Морского Флота является·

— изучение состояния здоровья личного состава для распределения его на группы;

— медицинская оценка физического состояния личного состава для правильного распределения его по подразделениям и родам войск;

— своевременное и возможно раннее выявление лиц, физически ослабленных и заболевших;

— выполнение лечебно-профилактических мероприятий и контроль за их эффективностью.

7. Медицинский контроль за физическим состоянием военнослужащих включает:

— повседневное медицинское наблюдение за всем личным составом воинских частей в процессе выполнения им своих служебных обязанностей;

— телесные осмотры солдат, матросов, сержантов и старшин, курсантов военно-учебных заведений в банные дни;

— медицинские осмотры солдат, матросов, сержантов и старшин, курсантов военно-учебных заведений;

— медицинские обследования солдат, матросов, сержантов и старшин, курсантов военно-учебных заведений;

— медицинские обследования сверхсрочнослужащих, слушателей высших военно-учебных заведений, офицеров, генералов и адмиралов.

8. В случае необходимости к участию в медицинских обследованиях привлекаются по указанию начальника медицинской службы гарнизона врачи-специалисты гарнизонных военно-лечебных учреждений, а также гражданские врачи-специалисты (с оплатой по § 7 ст. 21 сметы Министерства обороны Союза ССР). Необходимые при медицинских обследованиях рентгенологические, лабораторные и другие исследования обеспечиваются распоряжением начальника медицинской службы округа (гарнизона).

9. В отдельных частях и учреждениях, не имеющих штатных врачей, медицинские обследования проводят врачи ближайших частей (учреждений) распоряжением гарнизонного врача или старшего начальника медицинской службы.

10. Медицинские обследования проводят только в рабочие дни и в светлое время суток. План их проведения составляет старший врач части с учетом особенностей боевой подготовки в данный период и с расчетом проведения в возможно сжатые сроки. План докладывается командиру части и объявляется его приказом.

11. При медицинских осмотрах и обследованиях срочнослужащих последние должны быть полностью обнажены.

Сержантов (старшин) обследуют отдельно от солдат (матросов) подразделения.

12. Военнослужащих, не прошедших медицинский осмотр и обследование по каким-либо причинам (нахождение в наряде, отпуске, на лечении и пр.) вместе со своим подразделением, подвергают медицинскому осмотру или обследованию немедленно или на следующий день по возвращении в часть (Устав внутренней службы Вооруженных Сил Союза ССР).

Явку военнослужащих на медицинские осмотры и обследования контролирует старший врач части по данным ротной «Книги медицинских осмотров и записи больных».

13. Для изучения физического состояния личного состава исключительное значение имеет присутствие на медицинских обследованиях командиров подразделений с целью получения от них данных наблюдения за физическими возможностями подчиненных, а также с целью информации командиров о проведении необходимых мероприятий по укреплению физического состояния личного состава подразделений (Устав внутренней службы Вооруженных Сил Союза ССР).

14. Полученные данные медицинских осмотров и обследований личного состава части используются при изучении его физического состояния и заболеваемости, влияния на организм особенностей военного труда и быта, специфических для каждого рода войск.

15. Выводы по результатам медицинских осмотров и обследований и данные о необходимых оздоровительных и лечебных мероприятиях докладывают командиру части для их реализации его распоряжением.

16. Систематический медицинский контроль за физическим состоянием личного состава и вытекающие из него активные оздоровительные и лечебные мероприятия планово организует и проводит старший врач части с привлечением всего личного состава медицинской службы.

17. При организации и проведении медицинских осмотров и обследований обязательны: единообразные методы исследований, четкий учет получаемых данных и сопоставление их с данными прошлых обследований, единый подход к оценке результатов.

18. Эффективность медицинского контроля в значительной степени зависит от четкой медицинской документации и в первую очередь от полноценного ведения медицинских книжек личного состава, обеспечивающих возможность наблюдения за динамикой физического развития военнослужащих и за преемственностью всех проводимых оздоровительных и лечебных мероприятий.

19. Сводные данные о результатах медицинских обследований, о проведении после них профилактических мероприятий включают в соответствующие разделы установленных форм медицинской отчетности.

Организация медицинского контроля за физическим состоянием личного состава войск

1. Повседневное медицинское наблюдение за личным составом войск

20. Повседневное медицинское наблюдение за личным составом войск в процессе выполнения им служебных обязанностей позволяет определить физическое состояние личного состава в конкретных условиях военного труда и быта. Медицинское наблюдение — один из активных видов медицинского контроля за физическим состоянием личного со-

става, позволяющий своевременно выявить заболевших и провести ряд лечебно-профилактических мероприятий.

21. Особое внимание при проведении повседневного медицинского наблюдения уделяется вновь прибывшему в часть пополнению, а также лицам, находящимся на специальном учете вследствие ослабленного физического состояния или отставания в тех или иных видах боевой и физической подготовки.

2. Телесные осмотры военнослужащих срочной службы

22. Телесные осмотры солдат, матросов, сержантов и старшин, курсантов военно-учебных заведений в банные дни проводятся фельдшером или санитарным инструктором и имеют целью своевременно выявить болезни кожных покровов, скрываемые венерические заболевания, а также установить степень соблюдения военнослужащими правил личной гигиены.

23. Телесные осмотры проводят в помещении бани непосредственно перед мытьем, а при отсутствии этой возможности — в подразделении перед отправкой личного состава в баню. Проводящий осмотр фельдшер (санитарный инструктор) предварительно инструктируется старшим врачом части о порядке направления в медицинский пункт выявленных больных и помывки военнослужащих, нуждающихся в особой или изолированной санитарной обработке.

При телесных осмотрах необходимо соблюдать единую методику осмотров: осматриваемые солдаты, матросы, сержанты должны быть полностью обнажены; осмотр их начинают с волосистой части головы, постепенно осматривают все тело и заканчивают осмотром стоп.

О результатах осмотра фельдшер (санитарный инструктор) не позднее следующего дня докладывает старшему врачу части.

3. Медицинские осмотры военнослужащих срочной службы

24. Медицинские осмотры солдат, матросов, сержантов и старшин, курсантов военно-учебных заведений проводятся среди лиц, нуждающихся в особом медицинском наблюдении и в проведении специальных лечебно-профилактических мероприятий.

25. Медицинский осмотр проходят:

— все солдаты, матросы, сержанты и старшины, курсанты военно-учебных заведений, вновь прибывшие в часть, возвратившиеся из отпуска, командировки, лечебного учреждения после выздоровления, — в день прибытия в часть до направления в свое подразделение (Устав внутренней службы Вооруженных Сил Союза ССР);

— солдаты и матросы, назначенные для работы на кухне, — перед заступлением их в наряд (Устав внутренней службы Вооруженных Сил Союза ССР);

— солдаты, матросы и сержанты, постоянно работающие в столовых, на кухнях, в продовольственных и вещевых складах, пекарнях, в банях и прачечных, а также санитары и солдаты (сержанты) ветеринарных лазаретов — один раз в неделю (Устав внутренней службы Вооруженных Сил Союза ССР); списки этих лиц для контроля за своевременным прохождением ими медицинских осмотров должны находиться в медицинских пунктах частей;

— все солдаты, матросы, сержанты, старшины, курсанты военно-учебных заведений в зависимости от медицинских показаний;

— лица, перенесшие заболевания и нуждающиеся в систематическом врачебном наблюдении (с ослабленным физическим состоянием, отстающие в боевой и физической подготовке, состоящие на особом учете медицинской службы).

План проведения медицинского осмотра с указанием порядка и места, дней и часов для отдельных подразделений докладывается командиру части старшим врачом и по его утверждении объявляется в приказе по части.

26. Медицинские осмотры, как правило, проводят в медицинском пункте части, в теплом, хорошо освещенном помещении. Оно должно быть оборудовано и снабжено всем необходимым для нормальной работы (мебель, врачебные инструменты, запас шпателей, полотенца, дезинфицирующие растворы и пр.). Помещения, в которых обследуемые должны ожидать очереди на осмотры и раздеваться, оборудуют скамьями и вешалками.

27. При медицинских осмотрах следует обращать особое внимание на выявление начальных форм соматических заболеваний, болезней кожного покрова, венерических, инфекционных и других заболеваний, в том числе сезонных, например в осенне-зимний период так называемых простудных

заболеваний, в летний — острых желудочно-кишечных заболеваний и т. д.; заболеваний, характерных для краевой патологии района расположения войск.

28. Медицинские осмотры динамически наблюдаемых лиц, состоящих на специальном учете медицинской службы, проводит старший врач части или под его руководством младшие врачи.

Старший врач части инструктирует младших врачей по методике медицинских осмотров и систематически проверяет качество их проведения.

В частях, не имеющих врачей и расположенных далеко от гарнизона, медицинский осмотр могут проводить фельдшера. В таких случаях их работу периодически проверяет врач, направляемый для этого в часть распоряжением старшего начальника медицинской службы. Проводить медицинские осмотры санитарным инструкторам запрещается.

29. Медицинские осмотры лиц, состоящих на специальном учете медицинской службы, проводят только в медицинском пункте части или гарнизонном госпитале (лазарете) по плану старшего врача в часы, не совпадающие со временем амбулаторного приема и согласованные с непосредственными начальниками этих лиц.

30. При медицинских осмотрах лиц, состоящих на специальном учете медицинской службы, проверяют изменения в состоянии здоровья, происшедшие после предыдущего медицинского осмотра, устанавливают эффективность назначаемых оздоровительных и лечебных мероприятий, а также возможность снятия этих лиц с учета или необходимость вынесения в отношении их экспертного заключения.

31. При медицинских осмотрах лиц, возвратившихся после несения нарядов, из командировок, отпусков, наряду с оценкой состояния их личной гигиены, обращают внимание на выявление заболеваний кожного покрова, венерических, острых желудочно-кишечных, инфекционных и др.

32. При выявлении заболевания на данном медицинском осмотре в медицинской книжке делают соответствующую запись с последующим учетом заболевшего в «Книге учета больных в амбулатории (поликлинике)» (форма № 5).

33. При анализе данных медицинского осмотра особое внимание следует обращать на выяснение причинной связи

между выявленными заболеваниями, с одной стороны, и факторами, вызвавшими эти заболевания, — с другой.

34. Особенно тщательно изучают и анализируют данные медицинского осмотра, вскрывающие причины, вызвавшие заболевание или ухудшение состояния здоровья, и принимают меры к устранению этих причин.

35. О состоянии здоровья личного состава старший врач докладывает командиру части.

36. В докладе он освещает:

— данные о числе выявленных больных, характере их заболеваний и причинах заболеваемости;

— физическое состояние личного состава части в сопоставлении с данными за прошлые месяцы;

— состояние техники безопасности и меры по предупреждению травматизма;

— необходимые мероприятия медицинской службы и командования для устранения причин, вредно влияющих на состояние здоровья личного состава.

4. Медицинские обследования солдат, матросов, сержантов и старшин, курсантов военно-учебных заведений

37. Медицинские обследования солдат, матросов, сержантов и старшин, курсантов военно-учебных заведений могут быть:

— первичные — проводимые в частях немедленно по прибытии пополнения (в военно-учебных заведениях — перед приемными испытаниями кандидатов);

— очередные — проводимые дважды в год — перед началом зимнего и летнего периодов обучения;

— контрольные — в порядке динамического наблюдения за лицами, взятыми по медицинским показаниям на специальный учет.

38. При медицинском обследовании устанавливается оценка физического состояния каждого военнослужащего путем сопоставления и обобщения:

— уровня физического развития (по данным антропометрии);

— состояния здоровья (по данным общеклинического обследования);

— результатов физической подготовленности (по дан-

ным проверки в соответствии с Наставлением по физической подготовке Вооруженных Сил Союза ССР).

Эти данные дополняют наблюдениями медицинского состава за военнослужащими в процессе выполнения ими своих служебных обязанностей, материалами о заболеваемости и трудопотерях, а также результатами телесных и медицинских осмотров и заключением непосредственного командира о работоспособности военнослужащего.

Такое комплексное изучение организма военнослужащего в сопоставлении с динамическим наблюдением за функциональной приспособляемостью его к особенностям военного труда и быта в конкретных условиях данной воинской части позволит вынести заключение о физическом состоянии каждого военнослужащего в отдельности и всей воинской части в целом.

39. Целью медицинских обследований являются:

— оценка физического состояния пополнения для правильного распределения его по подразделениям части с учетом производственной квалификации, физического развития, состояния здоровья и физической подготовленности;

— распределение личного состава части по оценке физического состояния на три группы:

группа I — физическое состояние хорошее;
группа II — физическое состояние удовлетворительное;
группа III — физическое состояние ослабленное;

— выявление среди личного состава части лиц с начальными или хроническими формами заболеваний, с недостатками в физическом развитии, нуждающихся в систематическом врачебном наблюдении и специальных лечебно-профилактических мероприятиях, изменении режима работы и отдыха, а также в специальных индивидуальных занятиях с использованием средств физической подготовки, спорта и мероприятий по закаливанию с целью преодоления отставания в боевой и физической подготовке;

— изучение влияния прохождения службы на физическое состояние личного состава и эффективности проведенных лечебно-профилактических мероприятий.

40. Перед медицинскими обследованиями старший врач инструктирует медицинский состав части по методике проведения обследований и по оценке их результатов. Одновременно он распределяет обязанности между фельдшерами (санитарными инструкторами) по проведению антропометрических измерений, выделяя специальных лиц для записи результатов измерений в медицинские книжки.

41. Обследования проводят в медицинском пункте части в заранее подготовленных помещениях, оборудованных необходимой мебелью и медицинским имуществом (антропометрические приборы, врачебные инструменты, запас шпателей, дезинфицирующая жидкость, полотенца и пр.). Помещения, в которых обследуемые ожидают своей очереди и раздеваются, оборудуют скамьями и вешалками.

42. Исследование физического развития может быть поручено фельдшерам (санитарным инструкторам) при условии полного освоения ими техники антропометрии и при контроле врачей за их работой. Остальные исследования производят врачи.

43. Методика проведения медицинских обследований изложена в приложении 1.

44. Результаты обследований заносят в соответствующие графы медицинских книжек. Все записи в медицинских книжках ведут четко, аккуратно и обязательно чернилами. Записи скрепляют подписью врача, производившего обследование. При общеклиническом исследовании отмечают лишь патологические изменения.

45. Для определения физической подготовленности военнослужащего старший врач использует материалы проверок и оценок физической подготовленности, проводимых в соответствии с Наставлением по физической подготовке Вооруженных Сил Союза ССР. Оценку физической подготовленности военнослужащего заносят в соответствующий раздел его медицинской книжки.

46. Заключение об уровне физического развития дается строго индивидуально, применительно к следующей ориентировочной схеме оценки полученных при обследовании антропометрических данных:

Физическое развитие	Показатели физического развития
Группа — „хорошее“	Хорошее развитие мышечной системы при весе тела и окружности грудной клетки не ниже средних величин для данного роста. Среднее развитие мышечной системы при весе тела не ниже среднего и окружности грудной клетки выше средней величины для данного роста

Физическое развитие	Показатели физического развития
Группа — „среднее“	Среднее развитие мышечной системы при весе тела и окружности грудной клетки не ниже средних величин для данного роста. Хорошее развитие мускулатуры при малом весе тела или с окружностью грудной клетки ниже средних величин для данного роста
Группа — „недостаточное“	Среднее развитие мышечной системы при весе тела и окружности грудной клетки ниже средних величин для данного роста. Все лица с очень малым весом или с очень узкой грудной клеткой, или со слабым развитием мышечной системы

Примечание. Средние величины признаков физического развития приведены в специальных таблицах приложения 3.

47. При вынесении заключения о состоянии здоровья обследуемого нужно пользоваться следующей ориентировочной схемой:

— к группе **«здоровые»** относить лиц, не имеющих каких-либо заболеваний и патологических отклонений; в эту группу можно отнести также лиц с некоторыми отклонениями от нормы в состоянии здоровья в результате перенесенных ранее заболеваний или с недостаточным физическим развитием, не влияющими на работоспособность (последствия ранений, не отражающиеся на функции органов; незначительное расширение паховых колец, без выпячивания; юношеская аритмия и т. д.);

— к группе **«практически здоровые»** следует относить лиц, имеющих те или иные недостатки в состоянии здоровья, которые существенно не отражаются на работоспособности. Например, ограниченно и умеренно развитые фиброзы, возникшие в результате перенесенных воспалительных процессов в легких; хронические катары верхних дыхательных путей (без резкого нарушения дыхательной функции), легкие формы заболеваний мышцы сердца, не сопровождающиеся нарушениями функции сердца; нестойкие нарушения функции желудка и кишечника без воспалительных изменений; радикулиты, не дающие частых обострений, и т. д.;

— к группе **«нуждающиеся в систематическом врачебном наблюдении»** следует относить лиц, перенесших (или имеющих) заболевания, снижающие или ограничивающие их работоспособность, заболевания мышцы и сосудов сердца с некоторыми нарушениями функции, хронические гастриты и колиты с периодической дисфункцией; обостряющиеся плекситы, радикулиты, малярию с упадком питания и т. п.

Ниже приводится ориентировочная схема, определяющая подход врача к общей оценке физического состояния обследуемого на основе всего комплекса исследований.

Физическое состояние	Физическое развитие, состояние здоровья и физическая подготовленность
Группа I — „хорошее“	Лица с хорошим физическим развитием при отсутствии отклонений в состоянии здоровья (группа „здоровые“) и при оценке физической подготовленности не ниже „хорошо“
Группа II — „удовлетворительное“	Лица со средним физическим развитием, отнесенные по состоянию здоровья к группе „практически здоровые“, при оценке физической подготовленности не ниже „удовлетворительно“
Группа III — „ослабленное“	Лица, отнесенные к группе „недостаточное физическое развитие“ или к группе „нуждающиеся в систематическом врачебном наблюдении“ при наличии таких отклонений в физическом развитии и состоянии здоровья, которые ограничивают их работоспособность

Отнесение к группе III (ослабленное физическое состояние) может быть только временным. В отношении лиц, включенных в эту группу, при стойком ослаблении физического состояния, отмечаемом на очередных медицинских обследованиях, необходимо выносить экспертное решение.

48. По окончании медицинского обследования врач составляет последовательно индивидуальные заключения:

— об уровне физического развития — по данным наружного осмотра и антропометрических измерений;

— о состоянии здоровья — по результатам общеклинического исследования;

— о степени физической подготовленности — по результатам очередных испытаний.

49. Общая медицинская оценка физического состояния применительно к приведенной схеме, как ориентировочной, проводится врачом строго индивидуально с учетом всех данных обследования.

50. При медицинской оценке физического состояния, особенно в случаях сомнения врача в правильности отнесения отдельных обследуемых к той или иной группе, большое значение должна иметь оценка физического состояния подчиненного личного состава непосредственными начальниками (наблюдения на занятиях по боевой и физической подготовке, на тактических занятиях, во время совершения маршей, на занятиях спортом и т. д.).

51. Сравнение динамики физического состояния личного состава части за время прохождения им службы необходимо вести обязательно, подразделяя весь личный состав по годам службы.

52. По инициативе старшего врача части, по заданию командования или старшего начальника медицинской службы может производиться разработка отдельно цифровых данных о физическом развитии личного состава, а также других данных медицинских обследований. Данные антропометрических измерений обрабатывают вариационным методом.

53. Военнослужащие, взятые на специальный учет медицинской службой в связи с отнесением их по физическому состоянию к группе III или вследствие отставания по боевой и физической подготовке, состоят под особым врачебным наблюдением.

У лиц этой группы периодически контролируют физическое состояние и работоспособность на учебных занятиях, особенно связанных со значительной физической нагрузкой. В необходимых случаях они проходят контрольные обследования; в отношении их ведется тщательный учет и анализ заболеваемости.

54. На основании контроля за изменениями физического состояния лиц, отнесенных к группе III, состав ее меняется (из нее исключают одних лиц и включают других).

55. Молодое пополнение, показавшее неудовлетворительные результаты при первом испытании физической подготовленности, а также личный состав части, снизивший практические достижения по боевой и физической подготовке, с оценкой физической подготовленности «неудовлетворительно» берутся медицинской службой на специальный учет.

56. О результатах очередного медицинского обследования старший врач докладывает командиру части. В докладе должны быть:

— особо освещены вопросы результатов обследований — число обследованных в сравнении со списочным и наличным составом части, сроки обследования и т. д.;

— дана подробная оценка физического состояния пополнения и предложения в связи с распределением его по подразделениям части;

— приведены подробные данные о личном составе части, в том числе отдельно об отстающих в боевой и физической подготовке и требующих систематического врачебного наблюдения, специальных лечебно-профилактических мероприятий, особого режима боевой и физической подготовки и спорта, труда, отдыха, питания;

— даны характеристики изменений физического состояния личного состава (по срокам службы) в сопоставлении с данными предыдущих обследований и с объяснением причин этих изменений;

— освещены данные сопоставления результатов медицинских обследований и испытаний физической подготовленности, практические выводы и предложения по улучшению постановки физической подготовки личного состава части;

— отмечены эффективность проведенных лечебно-профилактических мероприятий медицинской службы в связи с результатами обследования и дополнительные мероприятия, требующие утверждения командованием, направленные на улучшение условий боевой и физической подготовки, режима труда и отдыха, быта и питания личного состава в целом и в отдельных группах.

57. Данные наблюдений, полученные медицинской службой в результате систематического медицинского контроля за физическим состоянием военнослужащих, позволяют своевременно провести необходимые индивидуальные и коллективные предупредительные и лечебные мероприятия, направленные на укрепление физического состояния личного состава.

58. К этим мероприятиям относятся:

— санитарно-гигиенические и лечебно-профилактические мероприятия, направленные на устранение общих причин, отрицательно влияющих на физическое состояние личного состава части (и на условия его военного труда и быта);

— необходимые оздоровительные и лечебные мероприятия для отдельных срочнослужащих в соответствии с медицинскими показаниями;

— особый режим физической подготовки, специальные индивидуальные занятия с использованием средств физической подготовки, спорта и закаливания для выработки недостающих навыков по боевой подготовке, обеспечение добавочной витаминизации пищи, назначение диететического питания, временное освобождение (частичное и полное) от физических нагрузок, предоставление амбулаторного и стационарногс лечения, отпуска по болезни, изменения категории годности к службе и т. п.

Диспансеризация офицеров, генералов, адмиралов и сверхсрочнослужащих

59. Медицинские обследования входят в систему диспансерного медицинского обслуживания (диспансеризации) офицерского состава, включающего, помимо того, активное устранение отрицательно влияющих на здоровье факторов и своевременное проведение лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и работоспособности офицеров.

60. Медицинские обследования проводятся согласно Уставу внутренней службы Вооруженных Сил Союза ССР и являются основным мероприятием медицинского контроля за состоянием здоровья офицерского состава.

61. Медицинские обследования офицеров, генералов, адмиралов и сверхсрочнослужащих могут быть:

— первичные — после присвоения офицерского звания с прибытием в часть, при зачислении на сверхсрочную службу, а также при утрате медицинской книжки;

— очередные — два раза в год (одно из них углубленное, второе контрольное).

62. В частях медицинские обследования всех без исключения офицеров, генералов, адмиралов, военнослужащих сверхсрочной службы проводятся в IV квартале (в высших военно-учебных заведениях — во II квартале) и носят углубленный характер. В обследовании участвуют терапевт, хирург, стоматолог (зубной врач). Обеспечивается проведение антропометрических измерений, рентгеноскопии грудной клетки, лабораторных исследований: мочи, крови на гемоглобин, количество лейкоцитов, РОЭ.

В случае необходимости к углубленному обследованию привлекаются врачи других специальностей (невропатолог,

отоларинголог, окулист и др.) и проводятся дополнительные исследования: рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта, электрокардиография, различные лабораторные исследования и др.

63. Лица, отнесенные по состоянию здоровья к группам 1 и 2, подвергаются повторному медицинскому обследованию в частях во II квартале (в высших военно-учебных заведениях — в IV квартале), которое проводится врачом части или прикрепленным к подразделению (факультету) врачом и носит контрольный характер. При медицинских показаниях привлекаются врачи-специалисты и проводятся дополнительные исследования.

Данные контрольного медицинского обследования записываются в разделе, предназначенном для записей наблюдения за состоянием здоровья в хронологическом порядке.

64. Лиц, отнесенных по состоянию здоровья к группам 3 и 4, подвергают медицинскому обследованию в порядке динамического наблюдения строго индивидуально, в сроки и в объеме в зависимости от медицинских показаний.

65. Данные углубленного медицинского обследования заносятся в соответствующие графы медицинской книжки.

Врач-терапевт записывает жалобы обследуемого, данные обследования внутренних органов, отражает состояние нервной системы, органа зрения и ЛОРорганов и выясняет необходимость дополнительной консультации невропатолога, психиатра, окулиста и отоларинголога. Врач-хирург дополняет записанные терапевтом жалобы, заносит данные хирургического обследования, отражает состояние мочеполовой, лимфатической систем и кожных покровов и в случае необходимости назначает дополнительные консультации уролога или дерматолога.

66. Данные изучения военного труда и быта и другие данные, не отраженные специалистами, вносит в медицинскую книжку войсковой врач или врач, прикрепленный к подразделению. Он же по окончании медицинского обследования совместно со специалистами, принимавшими участие в последнем, выносит итоговую оценку, ставит диагноз заболевания (если оно имеется), записывает рекомендованные лечебно-профилактические мероприятия, учитывая при этом данные проведенных ранее медицинских обследований и результат выполнения врачебных рекомендаций.

При наличии нескольких заболеваний ставят диагнозы основного и сопутствующих заболеваний. Основным счи-

тается заболевание, которое является или может явиться главной причиной снижения работоспособности и требует в первую очередь проведения оздоровительных мероприятий.

67. В воинских частях, расположенных на значительном расстоянии от лечебных учреждений, и при невозможности привлечения к участию в обследовании специалистов старший врач по разрешению начальника медицинской службы военного округа (флота) проводит углубленное медицинское обследование самостоятельно в указанном объеме (см. приложение 2).

68. Перед началом углубленного медицинского обследования начальник медицинской службы части представляет план проведения обследования гарнизонному врачу, который совместно с начальником военного госпиталя составляет график работы в частях специалистов частей и лечебных учреждений гарнизона; выписку из графика сообщают старшим врачам частей и учреждений.

Примечание. Для частей, не имеющих в своем составе специалистов и специальных кабинетов, гарнизонный врач по согласовании с начальником военного госпиталя устанавливает время и порядок направления обследуемых к специалистам поликлиники, а также на рентгенологическое и лабораторное исследования.

69. В гарнизонах, не имеющих военных госпиталей, для проведения углубленного медицинского обследования привлекают по плану начальника медицинской службы округа врачей-специалистов из ближайших лечебных учреждений Министерства обороны Союза ССР и Министерства здравоохранения. График работы специалистов в частях гарнизона гарнизонный врач сообщает старшим врачам частей гарнизона.

70. Углубленные медицинские обследования офицеров, генералов, адмиралов штабов военных округов (флотов) организует начальник медицинского пункта штаба с привлечением необходимых специалистов из окружного госпиталя или гарнизонной поликлиники.

71. Медицинские обследования офицеров, генералов и адмиралов центральных и главных управлений Министерства обороны Союза ССР проводят в центральных поликлиниках Министерства обороны.

72. План проведения очередных медицинских обследований начальник поликлиники согласовывает с начальниками управлений. Порядок и сроки обследований объявляются приказами начальников управлений.

73. В зависимости от состояния здоровья все обследованные должны быть отнесены к одной из следующих групп.

Группа 1 — **«здоровые»**. Лица, не имеющие каких-либо заболеваний и патологических отклонений, отражающихся на работоспособности. Возможно наличие отдельных недостатков в состоянии здоровья, не снижающих работоспособности и не требующих продолжительных специальных лечебно-профилактических мероприятий.

Группа 2 — **«практически здоровые».** Лица, имеющие заболевания хронического характера или нарушения, связанные с возрастными изменениями, которые не имеют тенденции к прогрессированию и не снижают работоспособности или требуют для ее сохранения обычных профилактических или лечебных мероприятий (организованный отдых, своевременный отпуск, амбулаторное лечение).

Группа 3 — **«нуждающиеся в систематическом врачебном наблюдении».** Лица, имеющие заболевания хронического характера или нарушения, связанные с возрастными изменениями, которые дают периодические обострения и снижают работоспособность. Такие лица требуют систематического врачебного наблюдения для проведения своевременных профилактических и лечебных мероприятий (периодическое амбулаторное или стационарное лечение, кратковременное освобождение от работы, запрещение ночных работ, перемена характера работы, климатических условий, санаторное лечение и т. д.).

Группа 4 — **«нуждающиеся в особом врачебном наблюдении и лечении»**. Лица с заболеваниями хронического характера, имеющие выраженные изменения в состоянии здоровья, а также другие расстройства, вызывающие стойкое снижение работоспособности. Такие лица нуждаются в особом медицинском наблюдении и систематических лечебно-профилактических мероприятиях — амбулаторное или стационарное лечение и т. д. (примерную группировку обследуемых см. в приложении 4).

Лиц, отнесенных по состоянию здоровья к группам 3 и 4, заносят в соответствующие разделы (по видам заболеваний) «Книги учета больных в амбулатории (поликлинике)», форма № 5 (см. приложение 19).

74. Все лица, отнесенные в результате медицинских обследований к группам 3 и 4, и другие, нуждающиеся в динамическом врачебном наблюдении, находятся под динами-

ческим наблюдением старшего врача части и могут быть прикреплены к специалисту военного госпиталя, поликлиники.

В процессе диспансерного обслуживания врач может перевести военнослужащего по состоянию здоровья из одной группы в другую, изменить рекомендованные лечебно-профилактические мероприятия (амбулаторное и стационарное лечение, рациональное диететическое питание, режим труда и быта, санаторное лечение и т. п.).

75. Учет лиц, подлежащих динамическому врачебному наблюдению (по видам заболеваний), ведется в частях согласно Инструкции по учету данных медицинского обследования и динамического врачебного наблюдения (приложение 19).

76. В целях сохранения здоровья военнослужащих и повышения их работоспособности могут быть использованы следующие лечебно-профилактические мероприятия:

— амбулаторное и стационарное лечение, назначаемое после каждого медицинского обследования, во время которого выявлено то или иное заболевание, требующее соответствующего лечения;

— кратковременное освобождение от работы и физической подготовки; особый режим физической подготовки назначает лечащий врач в зависимости от характера заболевания и видоизменяет его в соответствии с Наставлением по физической подготовке Вооруженных Сил Союза ССР;

— диететическое питание, назначаемое по медицинским показаниям с точным определением характера рекомендуемой и запрещенной пищи;

— изменение жилищных условий по медицинским показаниям;

— краткосрочный отпуск вне очереди, предоставляемый лицам, перенесшим острые заболевания или обострения хронических заболеваний и нуждающимся в немедленном отдыхе; отпуск предоставляет командир части по докладу старшего врача;

— организованный отдых во время очереднсго отпуска в домах отдыха лицам с выраженным переутомлением;

— заключение о необходимости санаторного лечения дается строго по медицинским показаниям; при этом указывается необходимый профиль (а не название) санатория, примерные сроки намечаемого санаторного лечения

(в период отпуска по болезни или во время очередного отпуска, учитывая время года и т. д.);

— изменение режима работы лицам, отнесенным по состоянию здоровья к группам 3 и 4, в случаях когда переутомление и перегрузка в работе могут вызвать у них обострение основного заболевания;

— перемена характера работы с учетом функциональной приспособляемости организма, приобретенных навыков, специальных знаний, а также особенностей и характера новой работы, на которую предполагается перевод;

— отпуск по болезни, предоставляемый по постановлению военно-врачебной комиссии в случаях, предусмотренных соответствующим приказом Министра обороны Союза ССР;

— перевод для продолжения службы в другие климатические условия по постановлению военно-врачебной комиссии округа (флота).

77. Для лиц, взятых на учет с целью динамического наблюдения за ними, устанавливают сроки вызовов на медицинские обследования, консультацию специалистов, лабораторные и инструментальные исследования, а также сроки проведения лечебных и оздоровительных мероприятий в зависимости от характера и течения основного заболевания.

78. Сроки вызовов у основных групп больных могут быть рекомендованы как ориентировочные. Больных гипертонической болезнью I стадии вызывают для обследования каждые 4—6 месяцев, II стадии — каждые 3—4 месяца, III стадии — не менее одного раза в 3 месяца.

Больных, перенесших инфаркт миокарда, подвергают врачебному обследованию не реже одного раза в месяц в течение первого года после инфаркта.

Больных ревматическими поражениями сердца после перенесенного приступа ревматизма подвергают медицинскому обследованию не реже одного раза в 3 месяца.

Больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки без обострения подвергают медицинскому обследованию каждые 6 месяцев, а в случаях обострения — по мере надобности. Больных, оперированных по поводу язвенной болезни, в течение первого года после операции обследуют не реже одного раза в 3 месяца.

Рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта в процессе медицинского обследования проводить лишь при наличии диспептических явлений и жалоб на боли, а также при наличии симптомов, подозрительных на

желудочно-кишечные заболевания (снижение аппетита, веса, скрытая кровь в кале, немотивированное ускорение РОЭ).

Ежегодно подвергаются однократному рентгенологическому исследованию желудочно-кишечного тракта лишь лица с заболеваниями, могущими явиться предраковыми (анацидный гастрит, ахиллия желудка, полипоз желудка, язвенная болезнь).

79. В медицинскую книжку лица, состоящего под динамическим медицинским наблюдением, помимо очередной записи, ежегодно (в IV квартале) лечащий врач вносит эпикриз с указанием основных данных о сдвигах в течении основного и сопутствующих заболеваний, об обострениях, ухудшениях или улучшениях в течении болезни, о числе дней нетрудоспособности, с выводом о состоянии здоровья и планом дальнейших оздоровительных мероприятий.

80. Для комплексного проведения диспансеризации врачи прикрепляются к подразделениям (исходя из возможностей). На них возлагается: организация и участие в медицинском обследовании и динамическом наблюдении; проведение лечения в амбулатории и на дому; изучение условий труда и быта; контроль за физической подготовкой; предварительный отбор на санаторное лечение; санитарно-просветительная работа.

81. Повседневный контроль за ходом диспансеризации осуществляют начальники медицинской службы соединений, округов, флотов. Одним из видов контроля могут служить периодические отчеты на врачебных конференциях прикрепленных к подразделениям лечащих врачей, осуществляющих диспансеризацию.

82. В случае невыполнения назначенных лечебно-профилактических мероприятий в порядке диспансеризации лечащий врач проводит с военнослужащим разъяснительную беседу и при необходимости докладывает о невыполнении военнослужащим назначений непосредственному его начальнику.

Оценка эффективности лечебно-профилактических мероприятий, проведенных в порядке диспансеризации

83. Основными показателями эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий являются:

— улучшение самочувствия военнослужащего, выражающееся в исчезновении или ослаблении субъективных симптомов заболевания;

— повышение работоспособности военнослужащего, повышение показателей боевой и физической подготовки;

— улучшение состояния здоровья военнослужащего — исчезновение или ослабление симптомов заболевания и др.

84. По окончании календарного года старший врач части (начальник медицинской службы, начальник поликлиники, медицинского пункта) составляет доклад командованию о состоянии здоровья сверхсрочнослужащих, офицеров, генералов и адмиралов (особенно подробно — о находящихся под динамическим врачебным наблюдением) и итоговые данные распределения по группам состояния здоровья, а также данные об особенностях службы и быта, влияющих на состояние здоровья обследуемых.

85. В докладе освещают следующие вопросы:

— общая оценка состояния здоровья всего личного состава в сопоставлении с данными предыдущего обследования и эффективность лечебно-профилактических мероприятий, проведенных за прошедший период;

— индивидуальные заключения о состоянии здоровья каждого лица, отнесенного к группам 3 и 4;

— дальнейшая организация диспансерного обслуживания этих лиц.

Одновременно командиру части представляют на утверждение план лечебно-профилактических мероприятий с конкретным перечнем мер по улучшению условий труда и быта в целом по части и для отдельных лиц.

86. Анализ данных о состоянии здоровья офицеров, генералов и адмиралов части отражают в объяснительной записке к отчету и представляют по команде в сроки, установленные табелем срочных донесений (приложение 5).

ГЛАВА III

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЕВОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ЛИЧНОГО СОСТАВА ВОИНСКОЙ ЧАСТИ

87. Медицинское обеспечение боевой и физической подготовки включает изучение характера физических нагрузок, переносимых личным составом в различных родах войск, установление влияния этих нагрузок на организм военнослужащих и изыскание таких методов тренировки и закали-

вания личного состава, которые способствовали бы быстрейшему приспособлению его к особенностям службы. В процессе медицинского обеспечения боевой и физической подготовки одновременно проводится профилактика возможного травматизма, медицинский контроль за занятиями по боевой и физической подготовке, целеустремленная санитарно-просветительная работа и оказание в необходимых случаях медицинской помощи нуждающимся в ней.

88. Изучение особенностей боевой подготовки в войсках проводится медицинской службой в тесном контакте со строевыми командирами и при их непосредственной консультации и помощи. Задача этого изучения состоит, с одной стороны, в выявлении в процессе боевой подготовки возможных неблагоприятных воздействий внешней среды на организм военнослужащего и, с другой — в определении тех физических качеств, которыми должен обладать личный состав в зависимости от специфических условий службы в данном роде войск.

89. Медицинская служба учитывает особенности боевой подготовки в тех или иных родах войск:

— при комплектовании войск личным составом;

— при составлении расписаний занятий;

— при организации питания и быта военнослужащих.

В соответствии с особенностями боевой подготовки старший врач части докладывает командиру о необходимых мероприятиях, направленных на то, чтобы помочь военнослужащим, и в первую очередь молодому пополнению, быстро и полностью приспособиться к особенностям боевой подготовки в данном роде войск и части.

90. Военнослужащих, систематически отстающих в том или ином виде боевой подготовки, в том числе и физической, медицинская служба берет на специальный учет наравне с лицами, отнесенными при медицинском обследовании по физическому состоянию к группе III («ослабленные»). После контрольного медицинского обследования у этих военнослужащих при участии непосредственных командиров устанавливают вероятные причины отставания по боевой подготовке. В дальнейшем эти военнослужащие находятся под особым наблюдением непосредственных командиров и медицинского состава, для них организуют специальные или дополнительные индивидуальные занятия по физической подготовке и закаливанию.

91. Рекомендации медицинской службы должны быть направлены на устранение недочетов общеорганизационного

характера при проведении боевой подготовки (нарушение режима занятий, дефекты оборудования мест занятий по боевой и физической подготовке и т. п.), с учетом конструктивных особенностей того или иного вида боевой техники, влияющих на физическое состояние военнослужащих.

92. Рационально организованные физическая подготовка, спорт и закаливание, включенные в систему обучения войск, способствуют прежде всего скорейшей выработке у военнослужащих качеств, необходимых личному составу для наиболее эффективного выполнения своих обязанностей по службе.

Порядок проведения физической подготовки изложен в Наставлении по физической подготовке Вооруженных Сил Союза ССР и в Руководстве по медицинскому обеспечению физической подготовки и спорта в Советской Армии и Военно-Морском Флоте.

93. Физическое воспитание, в том числе спорт и закаливание, воспитанников суворовских, нахимовских военных училищ обеспечивает правильное физическое развитие учащихся, укрепляет их здоровье, способствует формированию у них высоких физических качеств и военно-прикладных навыков, исправляет посредством специальных корригирующих упражнений отдельные недостатки физического развития.

94. Эффективность медицинского обеспечения физической подготовки, спорта, а также закаливания достигается в первую очередь активным участием в этой работе всего медицинского состава части, а также рациональным построением расписаний занятий по физической подготовке и спорту. Обязанностью каждого начальника медицинской службы является активное участие в составлении этих планов и расписаний.

95. Участвуя в разработке учебных планов и расписаний по физической подготовке и спорту, старший врач части должен прежде всего предусмотреть:

— контроль за планомерным использованием соответствующих форм и средств физической подготовки с целью выработки у военнослужащего физических качеств, которые связаны с особенностями его службы в тех или иных родах войск (Наставление по физической подготовке Вооруженных Сил Союза ССР);

— рациональное чередование занятий по физической подготовке и спорту с занятиями по боевой подготовке, хозяйственной работой, приемом пищи, отдыхом и сном;

— последовательность в системе обучения и в распределении нагрузки во время занятий по физической подготовке.

96. Особой тщательности требует планирование медицинского обслуживания мероприятий с большими физическими нагрузками: марш-броски, спортивные состязания, сдача норм на значок ГТО и т. п. Профилактика спортивного травматизма, медицинский контроль за занятиями по физической подготовке и спорту, а также проведение целеустремленной санитарно-просветительной работы с личным составом являются неотъемлемой частью каждого плана по физической подготовке, спорту и закаливанию.

97. Закаливание организма с целью повышения его выносливости к резким температурным колебаниям окружающей среды может осуществляться и в процессе боевой подготовки, а особенно в условиях пребывания личного состава в лагерях. Кроме того, закаливанию способствуют специальные мероприятия, систематически проводимые круглый год на занятиях по физической подготовке и в быту личного состава (Наставление по физической подготовке Вооруженных Сил Союза ССР).

98. Места, отведенные для закаливания, должны удовлетворять следующим основным санитарно-гигиеническим требованиям:

— площадки для закаливания солнцем и воздухом должны быть расположены вблизи мест купания (берег реки, озера) и душей, защищены от ветра и пыли, покрыты чистым песком;

— места для постоянных купаний должны иметь хорошо проверенное и очищенное дно, с обозначением опасных мест, благоустроенные сходы в воду, места для обучения плаванию, мостики и вышки для прыжков в воду с достаточно углубленным дном реки, озера (не менее 3,5—4 *м*, в зависимости от высоты вышки), необходимое оборудование для спасания утопающих (спасательные круги, лодки);

— души должны иметь достаточную пропускную способность и вместительные баки-резервуары для естественного нагрева воды солнечными лучами.

99. Во время массовых закаливаний и купаний для наблюдения за выполнением санитарно-гигиенических требований и оказания медицинской помощи присутствует дежурный медицинский работник, выделяемый по распоряжению начальника медицинской службы соединения (части).

100. При нарушении основных медицинских требований к условиям проведения занятий по физической подготовке или при такой организации их, которая может нанести ущерб здоровью занимающихся, особенно при дефектах страховки, оборудования мест для купания, неисправности спортивных снарядов, представитель медицинской службы обязан потребовать от проводящего занятия командира устранения установленных недочетов или прекращения занятий. В случае невыполнения указанных требований об этом немедленно докладывается старшему врачу части для принятия мер через командира части или его заместителя.

101. Для изучения влияния физической подготовки, спорта и закаливания на повышение боевого мастерства, укрепление физического состояния и работоспособности личного состава используют заключения непосредственных командиров и данные медицинского контроля за физическим состоянием военнослужащих (см. гл. II части первой настоящего Руководства). Эти данные систематически обобщаются и докладываются командованию для внесения необходимых исправлений как в организацию, так и в методику физической подготовки, спорта и закаливания.

102. Основными медицинскими данными, используемыми при организации физической подготовки в части, являются результаты медицинского обследования личного состава.

На основе подробной индивидуальной и общей характеристики физического состояния, полученной при первичном обследовании личного состава части, и с учетом характерных условий боевой подготовки в данном роде войск, предъявляющих особые требования к тем или иным физическим качествам личного состава, определяются особенности методики физической подготовки молодого пополнения, в частности тех лиц, которые отстают в физическом развитии.

Результаты очередного медицинского обследования, выявляющие индивидуальные и общие изменения физического состояния личного состава, используются для оценки успешности физической тренировки как личного состава части в целом, так и отдельных его групп.

103. При медицинском наблюдении за физической нагрузкой во время физических упражнений, на учебных занятиях по физической подготовке, при маршевой тренировке, во время спортивных мероприятий и т. д. применяют

простейшие методы оценки физического состояния (оценка утомления по внешним признакам, учет окончивших дистанцию в состоянии сильного утомления, не окончивших дистанцию вовсе и т. д.). Более подробное медицинское обследование в контрольных подразделениях (группах) до и после отдельных занятий организуется периодически.

104. Медицинское заключение о распределении офицеров по группам физической подготовки выносится на основе оценки результатов систематических наблюдений за состоянием их здоровья и работоспособности и, в частности, на основании данных очередного медицинского обследования.

Для занятий по физической подготовке офицеров распределяют на четыре группы:

— первая группа — офицеры в возрасте до 35 лет — изучает упражнения, приемы и действия по Наставлению по физической подготовке Вооруженных Сил Союза ССР и сдает зачеты по установленным нормативам;

— вторая группа — офицеры в возрасте от 35 до 45 лет — изучает то же, что и первая группа, но сдает зачеты по установленным облегченным нормативам;

— третья группа — офицеры в возрасте от 45 до 55 лет и более молодого возраста, имеющие ограничения по состоянию здоровья, не препятствующие занятиям по физической подготовке, — занимается по специальной программе без сдачи зачетов по нормативам;

— четвертая группа — офицеры старше 55 лет и офицеры всех других возрастов, которым по состоянию здоровья противопоказаны занятия по физической подготовке,— занимается лечебной физической культурой.

Отдельные офицеры, имеющие хорошее физическое состояние, систематически и длительное время занимающиеся физической подготовкой, могут переводиться (зачисляться) с разрешения врача в группу, предшествующую их возрастной группе.

105. Во избежание ошибок при распределении офицеров на группы для занятий по физической подготовке и для рационального использования последней следует учитывать, что группы офицеров для занятий по физической подготовке могут не совпадать с группами по состоянию здоровья, предусмотренными при проведении диспансеризации генералов и офицеров Советской Армии.

106. Офицеры, отнесенные по состоянию здоровья к группе 1, зачисляются в группы по физической подготовке с учетом возраста.

Офицеры, отнесенные по состоянию здоровья к группе 2, должны быть зачислены в группы по физической подготовке в зависимости от степени нарушений в состоянии здоровья и с учетом возраста: в первую группу — больные с нерезко выраженным истощением нервной системы, умеренно выраженным гастритом, колитом без расстройства общего питания, геморроем без кровотечений и ущемлений геморроидальных узлов; остальные — во вторую группу.

Из офицеров, отнесенных по состоянию здоровья к группе 3, во вторую группу по физической подготовке (с учетом возраста) могут быть зачислены больные неврастенией, с легкими формами хронического холецистита, болезнями обмена веществ и желез внутренней секреции; в третью группу — все остальные лица в соответствии с возрастом и с более выраженными отклонениями в состоянии здоровья.

Офицеры, отнесенные по состоянию здоровья к группе 4, независимо от возраста зачисляются в четвертую группу по физической подготовке (лечебная физическая культура).

Во всех случаях отнесения офицеров к той или иной группе для занятий по физической подготовке должен применяться строго индивидуальный подход с учетом не только состояния здоровья, но и степени физической подготовленности.

107. Все военнослужащие, тренирующиеся в спортивных секциях и командах и участвующие в состязаниях, проходят специальные обследования:

— перед началом тренировок, когда более тщательно обследуется состояние их сердечно-сосудистой и нервной системы, с проведением функциональных проб — для решения вопроса о возможности допуска к тренировкам по тому или иному виду спорта;

— перед состязаниями — для решения вопроса о возможности допуска к состязаниям;

— после состязаний — для получения заключения о влиянии тренировок и состязаний на физическое состояние спортсмена.

108. Медицинское обследование для выдачи разрешения на право участия в состязаниях проводят каждый раз перед состязаниями по боксу, борьбе, поднятию тяжестей, лыжному спорту, велосипеду, конькам, гребле, плаванию и прыжкам в воду, гимнастике, легкой атлетике, марафонскому бегу, авто-мотоспорту, альпинистским восхождениям.

Медицинское обследование для выдачи разрешения на участие в состязаниях по спортивным играм: футболу, баскетболу, хоккею, волейболу, теннису, водному поло — проводят перед началом календарных игр (выданное разрешение действительно в течение шести месяцев).

В случае болезни или травмы спортсмена для возобновления его участия в состязаниях (по всем видам спорта) требуется дополнительное обследование.

Результаты медицинского обследования участников гарнизонных, окружных, всеармейских и междуведомственных состязаний заносятся в их медицинские книжки, которые представляются во врачебно-контрольную комиссию состязаний.

При решении вопроса о допуске к состязанию в каждом отдельном случае учитывается не только состояние здоровья спортсмена, но и его физическая подготовленность и проведенная специальная тренировка к данному состязанию.

109. Освобождение отдельных военнослужащих по медицинским показаниям от участия в спортивных состязаниях может быть в соответствии с состоянием здоровья полным или частичным. Полное освобождение, в том числе и офицерского состава, от занятий по физической подготовке может быть только временным (до выздоровления после острого или обострения хронического заболевания).

При наличии в состоянии здоровья военнослужащих тех или иных отклонений от нормы, не зависящих от острых или обострения хронических заболеваний, физическую подготовку необходимо на тот или иной срок индивидуально дозировать, видоизменять (освобождение от определенных видов упражнений, замена одних упражнений другими) или заменять специальными корригирующими упражнениями, уроками лечебной физической культуры, физиотерапевтическими процедурами, массажем.

В случаях временной замены физической подготовки лечебными мероприятиями последние выполняются в медицинском пункте части в часы, когда подразделение, в составе которого числится заболевший военнослужащий, проходит занятия по физической подготовке.

110. Военнослужащих, перенесших те или иные острые заболевания, освобождают как от занятий по физической подготовке, так и от спортивных мероприятий, характеризующихся большой физической нагрузкой, до нормализации основных функций организма (температура тела, лейкоцитоз, РОЭ, пульс и т. д.).

Эти лица обеспечиваются по медицинским показаниям теми или иными лечебными назначениями.

111. Предупреждение травматизма при занятиях физической подготовкой и спортом — прямая обязанность проводящего занятия командира (Наставление по физической подготовке Вооруженных Сил Союза ССР). В обязанность медицинского состава вменяется немедленное и энергичное вмешательство вплоть до требования прекратить занятия, если не обеспечены:

— правильная методика проведения занятий согласно Наставлению по физической подготовке Вооруженных Сил Союза ССР, в том числе соблюдение последовательности в переходе от легких упражнений к трудным, запрещение выполнения сложных упражнений утомленным и неподготовленным лицам, соответствие трудности упражнения физическим возможностям занимающихся, разминка перед занятиями, выполнение успокаивающих движений после интенсивных упражнений и т. д.;

— дисциплина на занятиях, соблюдение правил игры, в том числе и в часы массовой спортивной работы;

— страховка и помощь при выполнении гимнастических упражнений;

— содержание в исправности спортивного инвентаря;

— надлежащая подготовка мест занятий (взрыхление мест приземления, наличие матов при прыжках, проверка дна водоемов, наличие средств спасания при обучении и занятиях по плаванию).

112. Травмы на занятиях по физической подготовке и спорту, повлекшие за собой трудопотери [1], учитываются в специальной «Карточке учета травматических повреждений», форма № 7, с выявлением причины получения данной травмы или повреждения и с разработкой совместно с командиром и начальником физической подготовки части мер по предотвращению аналогичных случаев.

113. Все постоянные места занятий по физической подготовке и спорту (спортзал, спортгородок, стрельбище, тиры и т. п.), площадки, используемые для закаливания (солярии, места для купания), до начала и в процессе их систематической эксплуатации в зимний и летний периоды боевой подготовки обследуются раз в квартал комиссией,

---

[1] Случаем трудопотери считается освобождение военнослужащего от всех занятий и работы на срок не менее одних суток.

назначаемой приказом по части. В комиссию, возглавляемую помощником командира по строевой части, включаются начальник по физической подготовке, старший врач, начальник квартирно-эксплуатационной службы и другие должностные лица по указанию командования.

Комиссия устанавливает санитарно-техническое состояние мест занятий, особо отмечает состояние и годность к использованию имеющихся спортивных снарядов, все негодное изымает из употребления. Заключение комиссии заносится в составляемый ею на каждое сооружение санитарно-технический паспорт, в котором перечисляют все находящиеся в данном сооружении спортивные снаряды (Наставление по физической подготовке Вооруженных Сил Союза ССР). Результаты работы комиссии и ее предложения по устранению отмеченных недочетов докладывают командованию.

114. Медицинский контроль за занятиями по боевой и физической подготовке и спорту, а также за мероприятиями по закаливанию проводится: **текущий** — санитарными инструкторами и фельдшерами в часы занятий своих подразделений или по плану старшего врача; **систематический** — не реже одного раза в неделю врачом части по плану старшего врача; **периодический** — путем выделения специального наряда медицинского состава для обслуживания отдельных мероприятий как в части, так и вне ее (стрельбы, состязания, спортивно-массовые мероприятия и т. п.).

115. При медицинском контроле за занятиями по боевой и физической подготовке и закаливанием необходимо обращать внимание на:

— условия погоды (допустимость купания, возможность проведения зарядки в соответствующей форме одежды, допустимость дальнего выхода в поле при большом морозе с ветром и т. д.);

— общую санитарно-гигиеническую обстановку (содержание в порядке гимнастических залов, борьба с пылью на спортивных площадках, чистота солярия и мест для купания и т. п.);

— соответствие одежды и обуви характеру занятия, требованиям закаливания, сбережения сил и сохранения здоровья;

— соответствие содержания и режима (методики) занятия силам и подготовленности занимающихся;

— обеспечение мероприятий по профилактике травматизма;

— физическое состояние военнослужащих (общая оценка физической нагрузки и степени утомления, целесообразность мер, принимаемых руководителем для снижения нагрузки);

— ограничение физической нагрузки по медицинским показаниям (наличие соответствующих списков у командира подразделения);

— степень усвоения военнослужащими навыков закаливания и личной гигиены;

— материально-техническое обеспечение занятий и состояние спортивного инвентаря.

116. Санитарно-просветительная и инструктивная работа по медицинскому обслуживанию боевой и физической подготовки, по физиологии и гигиене физических упражнений, самоконтролю, закаливанию и др. проводится по плану старшего врача части дифференцированно по следующим группам:

— личный состав медицинской службы;

— руководители занятий по боевой, физической подготовке и спорту;

— офицерский состав;

— тренирующиеся по тем или иным видам спорта;

— солдаты и сержанты.

Содержание санитарно-просветительной и инструктивной работы приведено в Наставлении по физической подготовке Вооруженных Сил Союза ССР.

117. Методическое руководство работой по медицинскому обеспечению физической подготовки, спорта и мероприятий по закаливанию возлагается в соединениях и военно-учебных заведениях распоряжением старшего начальника медицинской службы на одного из врачей, имеющего подготовку в этой области.

118. Для повышения знаний медицинского состава в области теории и методики физической подготовки, ее медицинского обеспечения в частях и гарнизонах периодически проводят краткосрочные сборы войсковых врачей под руководством врачей — специалистов по физической подготовке (окружные инспекторы по медицинскому контролю, госпитальные врачи — специалисты по лечебной физкультуре, врачи, имеющие подготовку в области физической

культуры). С этой же целью старшие врачи частей систематически проводят инструктивные занятия с фельдшерами и санитарными инструкторами.

ГЛАВА IV

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОТНОШЕНИИ НЕКОТОРЫХ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ

Лечебно-профилактические мероприятия в отношении заболеваний, связанных с охлаждением тела

119. Заболевания, связанные с охлаждением тела, являются прежде всего следствием недостаточных мер по закаливанию военнослужащих и малой эффективности проводимых профилактических мероприятий.

Возникновению их часто также способствуют:

— неудовлетворительная организация учебных занятий и работ при холодной и сырой погоде;

— несоответствие одежды и обуви личного состава условиям погоды и характеру занятий, плохой уход за одеждой и обувью, несоблюдение правил сушки обуви и обмундирования;

— недостатки бытовых условий личного состава, в частности несоблюдение установленной уставами температуры воздуха в помещениях и недостаточное их проветривание;

— недостатки в организации и проведении санации полости рта и носоглотки.

120. В процессе повседневного наблюдения за боевой подготовкой и бытом военнослужащих медицинский состав должен тщательно следить за:

— осуществлением мероприятий, направленных на закаливание военнослужащих (Наставление по физической подготовке Вооруженных Сил Союза ССР), особенно в отношении лиц, несущих службу в условиях резких температурных колебаний;

— обеспеченностью личного состава теплой одеждой и обувью, соответствующей условиям погоды, характеру и длительности занятий (полевые учения, караульная служба, вахта при сильном морозе и сырой погоде); проверкой в подразделениях состояния обмундирования и обуви у личного состава перед каждым учебным занятием, связанным с длительным пребыванием на открытом воздухе при не-

благоприятной погоде; выполнением инструкции по предупреждению отморожений (см. приложение 10);

— поддержанием в зимнее время в спальных и классных помещениях установленной температуры воздуха и своевременностью отопления, систематическим проветриванием помещений, правильностью расположения кроватей в спальных помещениях;

— оборудованием в подразделениях сушилок, использованием их для тщательного просушивания обмундирования, белья, портянок и обуви после занятий и работ в сырую погоду и после работ, связанных с обильным потоотделением; регулярностью смазывания обуви для предохранения ее от промокания;

— предупредительными мерами против охлаждения тела солдат на зарядке, учебных занятиях, работах и при маршах в холодную погоду (сокращение малых привалов на марше зимой, назначение их обязательно в укрытых от ветра местах, исключение длительных стоянок подразделений на одном месте во время тактических занятий в поле, организованный сбор подразделений на утреннюю зарядку и быстрый темп проведения упражнений, исключение случаев неоправданного пребывания солдат без дела при работах на холоде, запрещение длительного сбора подразделения на холоде после помывки в бане и т. д.);

— запрещением пения в строю при температуре воздуха ниже —8° и при сырой погоде, особенно когда люди находятся в разгоряченном состоянии (возвращение с занятий, из бани, из столовой);

— строгим соблюдением питьевого режима на походе зимой, запрещением питья холодной воды и глотания снега.

121. К числу специальных лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваний, связанных с охлаждением тела, и осуществляемых непосредственно медицинской службой части, относятся:

— проверка перед наступлением осенне-зимнего периода состояния здоровья лиц, подверженных заболеваниям ринитами, синуитами, ангинами, ларингитами, бронхитами, трахеитами, миозитами, ишиалгиями и др., появлению или обострению которых может способствовать охлаждение тела; своевременные закаливание и санация этих лиц путем проведения профилактического лечения заболеваний уха, носа и горла (ингаляции, физиотерапевтическое лечение и т. д.);

— при появлении среди личного состава случаев заболеваний острыми катарами верхних дыхательных путей — проведение специальных предупредительных мероприятий и в первую очередь своевременная изоляция заболевших от остального личного состава подразделения.

122. В отношении лиц, подверженных заболеваниям, связанным с охлаждением тела, наравне с индивидуальными лечебно-профилактическими мероприятиями, в том числе с санацией полости рта и носоглотки, должны проводиться предупредительные мероприятия общего характера, особенно при неблагоприятной погоде. При нарастании случаев заболеваний катаром верхних дыхательных путей врач части должен докладывать командиру предложения о необходимости развертывания дополнительных коек для изоляции и лечения поступающих больных.

123. Лица, переболевшие острыми катарами верхних дыхательных путей и ангинами, по исчезновении клинических признаков заболевания в целях профилактики возможных осложнений должны находиться под наблюдением врача.

124. Важнейшую роль в борьбе за снижение заболеваний, связанных с охлаждением тела, играет правильно и широко организованная медицинской службой части пропаганда среди личного состава сведений о сущности закаливания, о мерах предупреждения этих заболеваний; обучение личного состава предохранению от переохлаждения, уходу за одеждой и обувью, правилам водного режима во время похода.

Лечебно-профилактические мероприятия в отношении кожных и венерических болезней

Кожные болезни

125. Основными методами борьбы с заболеваниями кожных покровов у личного состава Советской Армии и Военно-Морского Флота являются: систематический контроль за проведением санитарно-гигиенических мероприятий, правильная организация профилактики, своевременная и полноценная диагностика и лечение заболевших, санитарно-просветительная и воспитательная работа.

126. Санитарно-просветительная и воспитательная работа должна содействовать:

— развитию у личного состава правильных представлений о сущности кожных болезней, о причинах их возникновения и распространения;

— воспитанию у личного состава гигиенических навыков в уходе за кожей как в условиях занятий, так и в быту;

— пониманию личным составом значения проводимых мероприятий по профилактике кожных заболеваний;

— возможно раннему обращению за медицинской помощью при кожных заболеваниях.

127. Особое внимание следует уделять мероприятиям по борьбе с инфекционными и паразитарными кожными заболеваниями (пиодермией, дерматомикозами, чесоткой и т. п.).

128. При выяснении причин пиодермий следует уделять внимание:

— своевременной смене нательного и постельного белья, спецодежды и их стирке;

— состоянию умывальников, душей, соответствию их количества потребностям;

— соблюдению уставных сроков мытья в бане, обеспеченности горячей водой, мылом и мочалками;

— наличию и качеству защитных приспособлений, спецодежды, рукавиц, положенных по табелю;

— факторам, понижающим устойчивость кожи к гнсеродной инфекции (воздействие на кожу масел и жидкостей или других веществ, вызывающих сухость кожи и образование трещин);

— наличию «масляных угрей», предрасполагающих к развитию пиодермии;

— причинам, вызывающим повышенное потоотделение (работа вблизи источников тепла, повышенная температура окружающей среды);

— причинам и условиям, влекущим длительное воздействие холода на организм и его переохлаждение (работа в сырых помещениях, под дождем, в холодную погоду, отсутствие теплой одежды, мест для обогревания и др.);

— обстоятельствам, способствующим загрязнению кожных покровов пылью, грязью или вызывающим мелкий травматизм (загроможденность рабочих мест, неудовлетворительное состояние освещения, производственного оборудования и инструментария, рабочего обмундирования).

Больных с распространенными и упорными, не поддающимися амбулаторному лечению формами кожных заболеваний следует своевременно направлять в госпиталь.

На основании изучения причин распространения гнойничковых заболеваний разрабатывается план оздоровительных мероприятий, утверждаемый командованием.

Примечание. При распространенных или гнойничковых заболеваниях кожи необходимо выявлять наличие эндогенных причин (диабет, авитаминозы и др.).

129. Особое внимание следует обращать на организацию в подразделениях, мастерских, парках, гаражах своевременной помощи при микротравмах (порез, царапина, заноза, ссадина). Помощь при микротравмах заключается в немедленном смазывании места повреждения настойкой йода и наложении затем асептической повязки. С этой целью мастерские, парки, гаражи и т. п. должны быть обеспечены аптечками с набором медикаментов и перевязочных материалов, обеспечивающим оказание необходимой помощи.

130. Основной профилактической мерой против распространения чесотки является раннее выявление больных ею:

— при телесных осмотрах в банные дни и на утренних осмотрах;

— во время медицинских осмотров и обследований личного состава;

— на амбулаторных приемах;

— при осмотрах прибывшего в часть пополнения, а также возвращающихся в часть из отпусков, командировок и с хозяйственных работ.

131. В случае обнаружения больного чесоткой начальник медицинской службы должен:

— немедленно изолировать больного и начать его лечение;

— провести камерную дезинфекцию его одежды, белья и постельных принадлежностей; при отсутствии дезинфекционной камеры верхняя одежда должна быть тщательно проветрена, а белье проглажено горячим утюгом;

— в день выявления больного чесоткой провести осмотр личного состава подразделения, находившегося в тесном соприкосновении с больным.

132. При проведении профилактических мероприятий, направленных против распространения грибковых заболеваний кожи, волос и ногтей, необходимо:

— своевременно выявлять больных с грибковыми заболеваниями при телесных и медицинских осмотрах;

— после установления источника грибковых заболеваний осмотреть личный состав (в подразделениях);

— изолировать больных и лиц, подозрительных на заболевание, и направить их на лечение;

— верхнее платье, головные уборы, белье и постельные принадлежности (одеяла) больных подвергнуть парофор-малиновой дезинфекции;

— наблюдать за парикмахерскими, систематически осматривать обслуживающий их персонал, требовать от него выполнения установленных санитарных правил, в частности дезинфекции инструментов протиранием 3% раствором формалина, карболовой кислоты (гребенки, ножницы) и прожиганием над пламенем спиртовой горелки (машинки для стрижки волос), проглаживания белья горячим утюгом, запрещения пользоваться головными щетками;

— установить контакт с ветеринарной службой для скорейшего выявления больных животных, их изоляции и лечения, а также дезинфекции конюшен, стойл, щеток, скребниц;

— регулярно осматривать военнослужащих, ухаживающих за животными, и контролировать обеспечение их спецодеждой.

133. Для предупреждения и снижения заболеваний эпидермофитией необходимо:

— активно выявлять больных эпидермофитией путем тщательных телесных и медицинских осмотров, обращая внимание на начальные и стертые формы ее;

— вести настойчивую борьбу с потливостью ног, следить за состоянием стоп;

— установить тщательный санитарный надзор за состоянием бань, душевых установок; в конце рабочего дня обязательно дезинфицировать полы, скамьи, деревянные настилы и шайки обмыванием их кипятком со щелочью (2% раствор неочищенной соды, 3% раствор хлорной извести);

— организовать дезинфекцию обезличенной обуви и обуви больных вкладыванием в сапоги ватных тампонов, смоченных в 20—40% растворе формалина (голенища сапог с вложенными в них тампонами свертывают, сапоги завертывают в бумагу и оставляют на 48 часов).

134. Борьба с потливостью стоп является основной мерой предупреждения опрелостей, потертостей, а также заболеваний эпидермофитией и пиодермитами.

От лиц, страдающих повышенной потливостью стоп, необходимо требовать:

— тщательного ухода за ногами, ежедневного мытья ног прохладной водой с мылом, короткой стрижки ногтей;

— частой стирки портянок и носков;

— профилактического лечения.

Лечение проводят втиранием 5—10% раствора формалина один раз в день в чисто вымытую и просушенную кожу стоп. Такие втирания повторяют ежедневно в течение недели. Вместо раствора формалина можно применять пасту следующего состава: формалина 5,0, окиси цинка 6,0, талька 10,0 и глицерина 10,0. Втирание пасты повторяют ежедневно в течение трех дней. При недостаточном лечебном эффекте лечение повторяют через 7—10 дней.

135. Большую роль в предупреждении кожных болезней играет закаливание организма путем ежедневных обтираний кожи прохладной водой, а в летнее время — купанья, солнечных и воздушных ванн.

Венерические болезни

136. Основными методами борьбы с распространением венерических болезней в Советской Армии и на Военно-Морском Флоте являются: воспитательная и санитарно-просветительная работа, лечебно-профилактические мероприятия и четкая организация регистрации и учета заболевших.

137. Воспитательная и санитарно-просветительная работа должна содействовать:

— распространению среди солдат, матросов, сержантов, старшин, курсантов и офицеров правильных представлений о сущности, значении и влиянии на здоровье человека венерических болезней и о причинах их распространения;

— осознанию военнослужащими своей личной ответственности перед Советским государством и обществом за необоснованную утрату здоровья и снижение своей боевой подготовки в связи с необходимостью длительного лечения;

— пониманию значения мер личной и общественной профилактики;

— ознакомлению с соответствующими постановлениями о принудительном лечении и об ответственности лиц, виновных в заражении других венерическими болезнями (ст. 150 Уголовного кодекса).

138. Пропаганду медицинских знаний о венерических болезнях и их последствиях для заболевшего следует прово-

дить как в воинских частях, так и в военно-лечебных учреждениях среди больных.

139. Для обеспечения своевременного выявления в части венерических больных и раннего начала их лечения необходимо:

— пропагандировать необходимость раннего обращения на медицинский пункт при наличии явлений, подозрительных на венерическую болезнь;

— проводить установленные телесные и медицинские осмотры, а возвратившихся из отпусков, командировок и с хозяйственных работ осматривать немедленно по прибытии в часть.

140. Для ранней диагностики венерических болезней необходимо пользоваться доступными лабораторными анализами, а во всех сомнительных случаях, кроме того, направлять больных к врачу-специалисту в поликлинику военного госпиталя, венерологический диспансер. До подтверждения диагноза венерического заболевания врачом-специалистом или соответствующими лабораторными анализами начинать специфическое лечение заболевшего нельзя.

141. Женщины, работающие в воинских частях в качестве уборщиц, судомоек, подавальщиц в столовых, работниц на кухне и прачек, а также работающие в учреждениях Главного управления торговли, проходят ежемесячный врачебный осмотр в гражданских лечебных учреждениях или у военных врачей-специалистов по указанию гарнизонного врача.

142. Предупреждение венерических заболеваний в частях предусматривает, помимо воспитательной работы:

— регистрацию и учет заболевших;

— выявление источников заражения;

— раннее начало лечения и контроль за его проведением;

— клинический, лабораторный и серологический контроль в течение установленных сроков наблюдения за больными, закончившими лечение;

— разработку и осуществление мероприятий, направленных к снижению заболеваемости и ее ликвидации.

143. При выявлении свежего венерического заболевания на больного заполняют карточку эпидемиологического обследования в двух экземплярах, из которых один направляют непосредственному начальнику медицинской службы, второй — начальнику медицинской службы округа.

144. Одновременно старший врач части или начальник лечебного учреждения принимает меры для установления лиц, явившихся источником заражения, с целью привлечения их (через административные органы и органы гражданского здравоохранения) к лечению.

145. Дермато-венерологи госпиталей должны:

— обеспечить раннюю диагностику венерических заболеваний и своевременное лечение больных;

— немедленно известить старших врачей частей о выявленных в госпитале венерических больных;

— поддерживать тесную связь с врачами частей и постоянно консультировать их по профилактике венерических заболеваний и лечению больных.

146. Больных венерическими болезнями лечат: амбулаторно — на медицинских пунктах частей и соединений, в гарнизонных лазаретах, поликлинических отделениях госпиталей и гарнизонных поликлиниках; стационарно — на медицинских пунктах воинских частей, на дивизионном медицинском пункте (в лазарете), в госпиталях.

147. Для возможного ускорения лечения и увеличения его эффективности необходимо:

— приступать к лечению в начале заболевания;

— лечение вести правильно по схемам, рекомендуемым Министерством здравоохранения СССР, используя все доступные методы контроля его успешности (клинические, лабораторные, в том числе и серологические);

— обеспечить последовательность и преемственность лечения;

— наблюдать за больными, нуждающимися в повторных курсах лечения, и своевременно их повторять.

148. Больных скрытым сифилисом без заразных проявлений болезни, проходящих повторные курсы специфического лечения, лечат амбулаторно на медицинском пункте части при условии обеспечения квалифицированного лечения и необходимого контроля за ними в амбулаторных условиях..

149. Зубоврачебную помощь больным сифилисом оказывают в зубоврачебных кабинетах частей и госпиталей. В кабинетах для этой цели необходимо выделять особые часы приема (в конце рабочего дня).

150. Больных сифилисом, проходящих амбулаторное лечение, в зависимости от состояния здоровья и вида лечения освобождают полностью или частично от занятий и ра-

бот, связанных с большой физической нагрузкой, охлаждением и другими неблагоприятными условиями.

151. При амбулаторном лечении лечащий врач отмечает в медицинской книжке военнослужащего, какая выполнена процедура (подробно) и в какое время больной отпущен из амбулатории (поликлиники).

152. Из лечебных учреждений выписывают в свои части:

— больных гонореей и мягким шанкром по выздоровлении; за выписанными устанавливается клинический и лабораторный контроль в течение последующих шести месяцев;

— больных сифилисом после окончания одного полного курса специфического лечения.

153. При выписке больного из военно-лечебного учреждения в часть в медицинской книжке записывают диагноз заболевания, по поводу которого больной находился на лечении, с указанием разовых и суммарных доз лекарственных веществ, введенных ему, методики лечения, режима на ближайший период, сроков клинического, лабораторного и серологического контроля и срока начала следующего курса лечения.

Наблюдение за этими больными в части ведет старший врач части.

154. Больных венерическими болезнями, обнаруженных во время следования части по железной дороге, по водным путям или другим видам сообщений, направляют в ближайшее военно-лечебное учреждение.

155. При переводе больного в другую воинскую часть необходимо учитывать возможность лечения его на новом месте службы. Если такой возможности нет, следует доложить командиру части о необходимости стсрочки перевода. При переводе больного венерической болезнью старший врач части обязан особо сообщать об этом в ту часть, в которую переводят больного.

156. Увольнение из рядов Советской Армии и Военно-Морского Флота по демобилизации или в связи с окончанием срока службы военнослужащих, больных гонореей или мягким шанкром, допускается только после полного излечения, подтвержденного лабораторным контролем.

Больных активными формами сифилиса увольняют в этих случаях после окончания двух курсов специфического лечения. В документах (проходное свидетельство) больных сифилисом делают отметку: «Подлежит взятию на

учет органами гражданского здравоохранения». На руки больному выдают подробную медицинскую справку с указанием диагноза (на латинском языке), даты начала заболевания, числа проведенных курсов специфического лечения, результатов серологических реакций, времени окончания последнего курса лечения, перенесенных осложнений и т. д. Демобилизованный предъявляет эту справку органам гражданского здравоохранения по избранному им месту жительства.

157. При осуществлении всех мер борьбы с венерическими болезнями необходимо поддерживать тесную связь с соответствующими гражданскими органами здравоохранения. Для этого медицинской службе части следует:

— прибегать в необходимых случаях к помощи венерологических диспансеров при выявлении источников венерических заболеваний и для лечения выявленных при этом больных;

— использовать лаборатории и кабинеты гражданских органов здравоохранения для ранней диагностики заболевания и контроля за лечением больных;

— получать от венерологического диспансера и гражданских лечебных учреждений сведения о военнослужащих, которые лечатся в этих учреждениях.

Лечебно-профилактические мероприятия при туберкулезе

Мероприятия при комплектовании Советской Армии и Военно-Морского Флота

158. В целях своевременного выявления больных туберкулезом согласно существующим указаниям Министра здравоохранения СССР и начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Союза ССР в период до призыва гражданские органы здравоохранения производят рентгенологическое исследование грудной клетки всех призывников с проведением согласно приказу Министра здравоохранения СССР № 584 от 3 июня 1952 г. вакцинации и ревакцинации вакциной БЦЖ допризывных контингентов. Лиц, нуждающихся в дополнительном обследовании, направляют в специальные лечебные учреждения.

159. Во время призыва, непосредственно перед медицинским освидетельствованием, призываемые в обязательном

порядке вновь проходят рентгенологическое исследование грудной клетки (флюорография или рентгеноскопия). Нуждающихся в дополнительном обследовании направляют в лечебные учреждения.

160. Применяя статьи «Расписания болезней»[1], трактующие о туберкулезе, необходимо особо внимательно подходить к свидетельствуемым, не допускать приема в Советскую Армию и Военно-Морской Флот больных с неустойчивой компенсацией легочного процесса, а также не выносить решений о негодности их к военной службе без достаточных к тому оснований.

К прохождению военной службы допускаются лица со стойко компенсированным туберкулезом легких, не дававшим обострения не менее чем в течение двух лет.

Призываемые, имеющие туберкулезные изменения в легких, подтверждаемые только рентгенологически, в виде гоновских очагов, заглохших обсеменений периода первичной генерализации, плотных и обызвествленных узлов корня легких, должны считаться здоровыми, призываться и распределяться по всем родам войск без исключения и на общих основаниях.

Противотуберкулезные мероприятия в частях

161. Основными мерами предупреждения распространения туберкулеза в частях являются:

— благоприятные санитарно-гигиенические условия быта и боевой подготовки;

— укрепление физического состояния военнослужащих путем использования естественных физических факторов;

— активное своевременное выявление больных туберкулезом и подозрительными по туберкулезу заболеваниями для проведения в отношении их необходимых лечебно-профилактических мероприятий или же увольнения из рядов Советской Армии и Военно-Морского Флота в соответствии с действующим «Расписанием болезней»;

— проведение всему рядовому, сержантскому и офицерскому составу (в возрасте до 30 лет) ревакцинации против туберкулеза вакциной БЦЖ через каждые 3 года, а лицам неинфицированным того же возраста — первичной вакцинации вакциной БЦЖ; для выявления неинфицированных проводят туберкулиновые пробы;

---

[1] См. приказ Министра обороны СССР № 110 1956 г.

— широкая санитарно-просветительная работа по вопросам профилактики туберкулеза среди личного состава войск.

162. Вся система борьбы с туберкулезом в Советской Армии и на Военно-Морском Флоте построена с учетом того, что туберкулез является инфекционным заболеванием. Поэтому каждый случай первичного выявления больного активным туберкулезом легких в части должен быть всесторонне изучен, а в отношении остального личного состава приняты все необходимые меры профилактики.

163. На каждого вновь выявленного больного активной формой туберкулеза старший врач части заполняет карточку эпидемиологического обследования инфекционного больного в двух экземплярах, из которых один направляет в военно-медицинский отдел округа, а другой оставляет в части.

164. При первичном медицинском обследовании пополнения в частях для своевременного выявления больных туберкулезом должно производиться в обязательном порядке рентгенологическое исследование грудной клетки всем новобранцам.

165. В последующем в частях один раз в год проводят массовые рентгенологические исследования грудной клетки всему личному составу (флюорография, рентгеноскопия), а при наличии показаний и рентгенографические.

166. Для рентгенологического исследования личного состава частей используют рентгеновские кабинеты лазаретов соединений и военных госпиталей, а при отсутствии их в гарнизоне — рентгеновские кабинеты гражданских лечебных учреждений по договоренности с местными органами здравоохранения.

Для рентгенологического исследования военнослужащих гарнизонов, расположенных вне населенных пунктов, а также при отсутствии рентгеновских установок по распоряжению начальника медицинской службы округа выделяют подвижные рентгеновские установки.

Результаты рентгенологического исследования обязательно заносят в медицинскую книжку военнослужащего.

167. Особое внимание следует обращать на медицинский контроль за лицами, работающими в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях (при резких колебаниях внешней температуры, в пыли, в недостаточно вентилируемых помещениях, с ядовитыми веществами и т. п.), и свое-

временно принимать предупредительные меры в отношении их.

168. Особенно тщательно обследуют лиц, которые, заболев туберкулезом, могут стать опасными в эпидемиологическом отношении (работники кухонь, столовых, складов, персонал, связанный с уходом за больными, парикмахеры, преподаватели, воспитатели суворовских и нахимовских училищ и т. п.).

169. При выявлении больных туберкулезом особое внимание следует уделять лицам:

— перенесшим экссудативный или сухой плеврит, страдающим узловатой эритемой, фликтенами и заболеваниями, подозрительными на туберкулез (хронические катары дыхательных путей, частые заболевания с наличием длительной субфебрильной температуры тела, прогрессирующее похудание и т. п.);

— имеющим среди родственников больных туберкулезом, а также находившимся в контакте с больными открытой формой туберкулеза;

— физически ослабленным (нарушение питания, выраженная анемия, слабо развитая грудная клетка);

— имеющим в легких туберкулезные изменения, которые по действующему «Расписанию болезней» не препятствуют службе в Советской Армии и на Военно-Морском Флоте.

В отношении этих лиц принимают следующие меры:

— их берут на учет на медицинском пункте для установления за ними систематического наблюдения;

— с ними в строго индивидуальном порядке проводят физическую подготовку и назначают им трудовую нагрузку;

— их периодически термометрируют, проводят лабораторные и рентгенологические (последние не реже 3—4 раз в год) исследования, ежемесячно взвешивают, а в необходимых случаях обследуют в стационарных лечебных учреждениях;

— ставят вопрос о целесообразности перевода их в местность с соответствующим климатом и на работу, более благоприятную для их здоровья.

170. Военнослужащих, больных туберкулезом, у которых в мокроте найдены туберкулезные палочки, немедленно изолируют и направляют в госпиталь. Помещение, где они находились, их постели, одежду и другие предметы, которыми они пользовались, дезинфицируют. Всех лиц, непосредственно соприкасавшихся с больными, в первую очередь

соседей по кроватям, берут на учет и назначают на внеочередное контрольное обследование с обязательной консультацией специалиста, подвергают рентгенологическому исследованию.

171. Больных туберкулезом, находящихся в лечебных учреждениях Советской Армии и Военно-Морского Флота, после соответствующего обследования и лечения при наличии показаний представляют на освидетельствование в военно-врачебную комиссию для решения вопроса об их годности к военной службе в соответствии с действующим «Расписанием болезней».

172. О каждом случае выявления больного активной формой туберкулеза легких начальник лечебного учреждения доносит начальнику медицинской службы округа с одновременным извещением об этом старшего врача части.

173. Солдат, матросов, сержантов, старшин и курсантов, больных открытой формой туберкулеза легких, признанных во время пребывания их в лечебных учреждениях подлежащими увольнению со службы, необходимо увольнять непосредственно из лечебных учреждений, не возвращая в часть. Необходимые для увольнения документы запрашивают из части заблаговременно.

174. Больных, признанных военно-врачебными комиссиями негодными к военной службе, но нуждающихся в продолжении стационарного лечения, при возможности переводят из госпиталя непосредственно в соответствующие гражданские лечебные учреждения, возбуждая об этом заблаговременно необходимое ходатайство через начальника медицинской службы округа. Лиц, не нуждающихся в стационарном лечении, передают для преемственного медицинского наблюдения в туберкулезные диспансеры или другие гражданские лечебные учреждения по месту жительства больного, информируя об этом при увольнении больного со службы соответствующие городские (районные) военные комиссариаты и отделы здравоохранения.

175. В случае обнаружения открытой формы туберкулеза легких у сверхсрочнослужащего, офицера, генерала и адмирала необходимо принять меры к обследованию через органы гражданского здравоохранения всех членов семьи больного, а при заболевании кого-либо из членов семьи — обязательно обследовать самого военнослужащего. Для этого нужно поддерживать постоянный контакт с местными органами здравоохранения.

176. Врачи частей совместно с врачами санитарно-эпидемиологических отрядов и лечебных учреждений должны тщательно изучать каждый случай заболевания туберкулезом, выявлять причины, способствовавшие этому заболеванию, и зависимость его от условий службы и быта.

177. Лицам с активными проявлениями туберкулеза, а также имеющим туберкулез в неактивной форме, но с наклонностью к обострениям, запрещают делать предохранительные прививки против инфекционных заболеваний.

В каждой части, соединении и округе организуется систематическое изучение заболеваемости туберкулезом и ее причин для выработки и проведения конкретных мер борьбы с туберкулезом.

Лечебно-профилактические мероприятия в отношении хронических желудочно-кишечных заболеваний

178. Хронические желудочно-кишечные заболевания (хронические гастриты, хронические колиты, язвенная болезнь) занимают одно из ведущих мест среди всех других заболеваний внутренних органов.

179. Диагностика хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки в ранних фазах развития, особенно у пополнения, имеет решающее значение для профилактики обострений этих заболеваний и их лечения.

180. Окончательный диагноз хронического гастрита может быть поставлен врачом части лишь после подробного обследования.

Диагноз хронического гастрита должен быть обоснован клиническими, лабораторными и рентгенологическими данными.

181. Для своевременной диагностики, лечения и предупреждения обострения хронического заболевания желудка или двенадцатиперстной кишки необходимо:

— вести учет всех переболевших в прошлом острыми или хроническими желудочно-кишечными заболеваниями;

— тщательно собирать анамнез у обращающихся на медицинский пункт по поводу диспептических явлений и болей в животе с широким использованием в отношении этих больных доступных методов клинического, лабораторного и рентгенологического исследований;

— вести динамическое наблюдение за состоянием здоровья всех больных желудочно-кишечными заболеваниями

в целях уточнения диагноза заболевания, строгого соблюдения ими распорядка дня и дието-витаминотерапии в амбулаторных условиях, их дегельминтизации, а в отношении офицерского состава, кроме того, наблюдение за эффективностью санаторно-курортного лечения; данные и результаты проведенного лечения и наблюдения заносить в медицинскую книжку;

— обеспечивать диететическое питание в части;

— в случаях неэффективности лечения больных хроническими гастритами в условиях части, несмотря на установленный им режим, диететическое питание и медикаментозное лечение, при предъявлении больными упорных жалоб повторно консультировать их у специалистов терапевтов; если больные продолжают жаловаться на болевой синдром или диспептические явления, врач части должен направлять их в госпиталь для детального обследования и лечения в стационарных условиях;

— систематически проводить среди военнослужащих санитарно-просветительную работу о вреде курения, употребления алкоголя, о значении точного соблюдения рационального распорядка дня, рационального питания и порядка приема пищи, о роли санации полости рта, дегельминтизации, о необходимости четкого выполнения назначенного диететического питания и т. д.

182. Особое значение для предупреждения обострений хронических желудочно-кишечных заболеваний и как активное лечебно-профилактическое мероприятие при них имеет в условиях воинской части правильно организованное диететическое питание.

183. Диететическое питание назначают больным:

— с хроническими колитами и гастритами, функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта и диспептическими явлениями;

— с заболеваниями печени и желчных путей;

— с остаточными явлениями после острых заболеваний печени, желудочно-кишечного тракта, почек и мочевыводящих путей и некоторых кожных болезней (фурункулез, пиодермия и др.).

184. Назначение диететического питания в необходимых случаях следует комбинировать с одновременным частичным освобождением от занятий.

185. Диететическое питание строится по типу группового и организуется для солдат при полковых лазаретах или в

солдатских столовых, для офицеров — в офицерских столовых. Продукты, положенные для диететического питания, на руки не выдают.

186. Для консультации и обучения медицинского и поварского персонала организации диететического питания и технике лечебной кулинарии привлекают ближайшее военное лечебное учреждение.

187. Зачисление на диететическое питание производят приказом по части на основании заключения старшего врача.

188. Вопрос о продлении срока диететического питания решается старшим врачом части.

О назначении больного на диететическое питание и об эффективности последнего делают записи в медицинской книжке.

189. Порядок отпуска диететического питания согласовывается с общим режимом столовой и распорядком дня части. Сверхсрочнослужащие и офицеры получают диететическое питание лишь в том случае, если они состоят на котловом довольствии.

190. Длительное пребывание на одной и той же диете нецелесообразно. По мере улучшения общего состояния больного необходимо постепенно переходить с одной диеты, более щадящей, на другую, более тренирующую.

Лечебно-профилактические мероприятия в отношении заболеваний зубов и полости рта

Организация зубоврачебной помощи

191. Зубоврачебную помощь личному составу Советской Армии и Военно-Морского Флота организуют с целью оздоровления полости рта у военнослужащих и борьбы с распространением кариеса зубов и его осложнений. Эти задачи осуществляют путем плановой санации полости рта.

192. При плановой санации полости рта проводят следующие мероприятия:

— снятие зубных отложений;

— удаление по показаниям больных зубов и корней;

— лечение зубов, пораженных кариозной болезнью всех степеней;

— флюоризацию зубов; у воспитанников суворовских и нахимовских училищ, музыкантских школ и школ-интернатов флюоризацию проводят в первую очередь;

— лечение болезней слизистой полости рта;

— удаление опухолей;

— лечение аномалий прикуса и положения отдельных зубов;

— подготовку полости рта к протезированию.

193. Для проведения плановой санации полости рта личному составу зубной врач составляет календарный план, который является разделом плана оздоровительных мероприятий медицинской службы части. В плане санации предусматриваются первичные и повторные (контрольные) осмотры полости рта у личного состава.

194. Для проведения санации полости рта зубной врач медицинского пункта ежедневно выделяет не менее трех часов своего рабочего времени.

195. Первичный осмотр полости рта производят:

— в суворовских и нахимовских училищах, военно-музыкантских школах и школах-интернатах — в период обсервации;

— в военных училищах и военных академиях — в течение первых месяцев учебного года;

— в учебных подразделениях воинских частей, а также в авиационных, танковых частях и соединениях подводных лодок — в течение первого месяца со дня прибытия пополнения в часть;

— в прочих подразделениях воинских частей — в течение первых трех месяцев со дня прибытия пополнения в часть;

— в госпиталях — в течение трех — пяти дней после поступления больного в госпиталь.

196. Повторные (контрольные) осмотры полости рта у солдат, матросов, сержантов, старшин, курсантов проводят не реже одного раза в год, а у офицеров и генералов — при каждом плановом медицинском обследовании.

Цель повторных осмотров — проверить результаты проведенной санации полости рта и определить план дальнейшей оздоровительной работы.

197. Данные осмотров и лечения заносят в медицинские книжки и «Книгу учета работы зубоврачебного кабинета» (форма № 19).

198. После обработки результатов осмотра определяют потребное время для проведения лечебных мероприятий по подразделениям и очередность приемов в зависимости от медицинских показаний.

199. На основании данных первичных и повторных осмотров старший врач части составляет списки лиц, нуждающихся в протезировании, и передает эти списки начальнику стоматологической поликлиники (зубопротезной лаборатории) для установления сроков и порядка протезирования.

200. При санации полости рта в первую очередь снимают зубные отложения, затем удаляют по показаниям зубы и корни, после чего пломбируют зубы, пораженные кариесом I и II степеней, и, наконец, лечат зубы с гангреной пульпы и заболевания слизистой полости рта.

Примечание. Острые заболевания зубов, челюстей и слизистой рта лечат вне плановой очередности.

201. Воспитанникам суворовских и нахимовских училищ санацию полости рта начинают с пломбирования кариозных полостей первых постоянных моляров, затем других постоянных зубов, далее снимают зубные отложения, удаляют корни и зубы по показаниям и, наконец, лечат молочные зубы.

202. В целях профилактики зубной боли, связанной с изменением барометрического давления, у летного состава авиационных частей, а также у личного состава подводных кораблей в первую очередь лечат и пломбируют зубы с глубоким кариесом.

203. Санация полости рта у воспитанников суворовских и нахимовских училищ, у курсантов военно-учебных заведений должна быть закончена в течение учебного года (у воспитанников — за месяц до начала экзаменационной сессии), а в частях и соединениях — в конце второго года службы.

У военнослужащих, находящихся на лечении в госпиталях, санация полости рта должна быть закончена за время пребывания их в госпитале.

204. При составлении плана санации и лечебной работы специально выделяют дни (часы) для производства однотипных вмешательств, например, для экстракций и других амбулаторных операций, для лечения больных с амфодонтозной болезнью (альвеолярной пиорреей) и пр. В эти дни (часы) принимают только предварительно отобранных боль-

ных, нуждающихся в соответствующем вмешательстве; остальных больных — лишь в случаях, требующих неотложной помощи.

205. Перед началом санации и во время нее медицинский состав должен проводить среди военнослужащих широкую разъяснительную и санитарно-просветительную работу.

206. Воинские части, не имеющие штатного зубного врача, по распоряжению старшего начальника медицинской службы (гарнизонного врача) прикрепляют для зубоврачебного обслуживания к другим частям или лечебным учреждениям.

Организация зубопротезной помощи

207. Зубопротезную помощь личному составу Советской Армии и Военно-Морского Флота в соответствии с «Положением о зубопротезной помощи в Советской Армии и Военно-Морском Флоте» (приказ Министра обороны Союза ССР № 106 от 24 июня 1955 г.) оказывают:

— зубопротезные отделения стоматологических поликлиник округов, флотов (флотилий), гарнизонов;

— стоматологические отделения окружных, базовых и гарнизонных госпиталей;

— стоматологические отделения центральных санаториев Министерства обороны Союза ССР;

— стоматологические отделения санаториев военных округов, флотов (флотилий), военных академий;

— нештатные (хозрасчетные) зубопротезные отделения других лечебных учреждений Советской Армии и Военно-Морского Флота.

208. Начальник медицинской службы округа специальным распоряжением прикрепляет все воинские части для обеспечения их личного состава зубопротезной помощью к подчиненным ему зубопротезным учреждениям.

209. В отдаленных гарнизонах или в гарнизонах с незначительным количеством личного состава зубопротезирование военнослужащих производится в лечебных учреждениях Министерства здравоохранения по специальной договоренности с последними начальника медицинской службы округа, флота (флотилии), гарнизона. Военнослужащие, имеющие право на бесплатное изготовление протеза, обеспечиваются протезированием в этих лечебных учреждениях в пределах средств, отпускаемых по специальным ассигнованиям по линии военно-медицинской службы.

210. Нуждаемость в протезировании определяется медицинскими показаниями.

Протезирование производят только после соответствующей предварительной подготовки полости рта.

211. Показанием к протезированию служат:

— отсутствие всех зубов на одной или обеих челюстях;

— двухстороннее отсутствие всех боковых зубов на одной или обеих челюстях;

— отсутствие одного или нескольких передних зубов на одной или обеих челюстях при сохранении всех боковых зубов;

— отсутствие не менее двух боковых зубов на одной или обеих сторонах челюсти при наличии медиальной дистальной опоры;

— амфодонтозная болезнь (альвеолярная пиоррея) в зависимости от состояния жевательного аппарата.

212. При челюстно-лицевых ранениях, травмах, повреждениях, при аномалиях зубов и челюстей, а также после хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области вопрос о протезировании решается индивидуально.

213. Тип протеза определяет врач-протезист в каждом отдельном случае на основании медицинских показаний и с учетом специальности больного.

214. Основным типом протеза должен быть съемный протез. Несъемные протезы изготовляют при отсутствии небольшого количества зубов, преимущественно при односторонних дефектах (не свыше трех смежных зубов).

Примечание. Летный состав, личный состав подводных лодок и водолазы протезируются преимущественно несъемными протезами.

215. На протезирование **в первую очередь** направляют:

— лиц, получивших ранения и повреждения лица и челюстей при исполнении служебных обязанностей;

— лиц, потерявших зубы в связи с оперативным вмешательством на челюстях;

— лиц, страдающих хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (язва желудка, хронический гастрит, хронический колит и т. п.);

— личный состав подводных лодок, водолазов, летно-подъемный состав, личный состав воздушнодесантных частей, танкистов — при наличии медицинских показаний;

— лиц, у которых с потерей зубов нарушается нормальная служебная деятельность (чтение лекций, игра на духовых инструментах и т. п.);

— лиц, страдающих амфодонтозной болезнью (альвеолярной пиорреей).

На протезирование **во вторую очередь** направляют всех военнослужащих, у которых отсутствуют боковые и передние зубы без функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта по показаниям, перечисленным выше.

В третью очередь (при возможности) протезируют членов семей военнослужащих, рабочих и служащих Советской Армии и Военно-Морского Флота.

216. Основными медицинскими противопоказаниями к протезированию являются:

— воспалительные и дегенеративные изменения слизистой оболочки полости рта (маргинальные пародонтиты, гингивиты, стоматиты, лейкоплакия, красный плоский лишай и пр.);

— злокачественные новообразования полости рта или подозрение на возможное их развитие в местах прилегания протеза;

— изъязвления слизистой любого происхождения, если они расположены в местах прилегания протеза;

— восстановление одного премоляра или моляра при наличии соседних интактных зубов;

— незаконченная санация полости рта (наличие кариозных зубов и корней, зубных отложений).

217. Бесплатное зубопротезирование производят:

— солдатам, матросам, сержантам, старшинам срочной службы всех родов войск, курсантам военных училищ, воспитанникам суворовских и нахимовских училищ;

— всем военнослужащим, включая офицеров, генералов и адмиралов, в случае потери ими зубов в связи с травмой, полученной при исполнении служебных обязанностей;

— всем военнослужащим, получающим опорные, замещающие и исправляющие протезы после сложных оперативных вмешательств на челюстях по поводу новообразований и других заболеваний, влекущих за собой потерю значительной части кости или резкое нарушение функции.

218. Бесплатное зубопротезирование может производиться также протезами, изготовляемыми в порядке прохождения практических занятий в Военно-медицинской академии, окружных, базовых поликлиниках и других лечебных учреждениях, где имеются КУМСы, при производстве на челюстях сложных оперативных вмешательств; протезами, изготовляемыми обучающимися.

219. Вопрос об изготовлении бесплатного протеза решается врачом-протезистом и оформляется начальником лечебного учреждения согласно показаниям и противопоказаниям, изложенным выше.

220. Генералы, адмиралы, офицеры и сверхсрочнослужащие, находящиеся на военной службе, а также генералы, адмиралы и офицеры, уволенные в отставку или зачисленные в запас с пенсионным обеспечением по приказу НКО № 100 1944 г., при отсутствии показаний для бесплатного протезирования обеспечиваются зубными протезами за плату.

221. Члены семей военнослужащих, рабочие и служащие Советской Армии и Военно-Морского Флота обеспечиваются зубными протезами только за плату согласно расценкам Министерства здравоохранения Союза ССР.

222. Воинская часть, направляющая военнослужащего на бесплатное протезирование в гражданскую или хозрасчетную лабораторию, оплачивает стоимость протеза за счет средств по § 7 ст. 21 сметы Министерства обороны Союза ССР.

223. Зубные протезы из золота изготовляют только за счет заказчика.

224. Стоматологические поликлиники, стоматологические отделения госпиталей изготовляют: съемные зубные протезы (на основе из пластмассы АКР-7, каучука), несъемные зубные протезы, ортопедические аппараты различной конструкции.

225. Для изготовления металлических зубов и протезов разрешается применять только хромоникелевую аустенитную сталь специальной марки, а также специальные сплавы золота. Применение других металлов воспрещается.

226. Норма нагрузки на одного врача-протезиста и зубного техника в зубопротезных учреждениях Советской Армии и Военно-Морского Флота определена соответствующими приказами Министра обороны Союза ССР.

Лечебно-профилактические мероприятия в отношении болезней системы кровообращения

227. В профилактике болезней системы кровообращения особое внимание необходимо уделять предупреждению возникновения ревматизма, гипертонической болезни, атеросклероза и дальнейшего прогрессирования их.

228. Для **профилактики ревматизма** необходимо активно проводить лечение острых и хронических заболеваний зева, верхних дыхательных путей, придаточных пазух носа, зубов.

229. При повторных обострениях хронического тонзиллита, частых заболеваниях ангиной больных необходимо направлять на госпитальное лечение.

230. При лечении больных с обострениями хронического тонзиллита и ангиной в лазарете части после исчезновения у них клинических проявлений заболевания необходимо взять на анализ кровь и мочу. При наличии в моче патологических изменений и сдвигов в лейкоцитарной формуле и РОЭ, в зависимости от их характера и клинической значимости, продолжать лечение в лазарете или амбулаторно (салицилатами, хлористым кальцием) с освобождением от всяких занятий или направлять в госпиталь (при выраженности явлений).

231. Закаливание лиц, перенесших атаку ревматизма, должно проводиться с учетом их чувствительности к изменениям метеорологических факторов. При этом нужно следить за тем, чтобы не допускать переохлаждения.

232. Лица, перенесшие атаку ревматизма, должны находиться под систематическим наблюдением врача части. Во время их осмотров необходимо проводить термометрию, перкуссию и аускультацию сердца, функциональные пробы сердца (проба с приседанием, ортоклиностатическая проба и др.). В случае надобности брать на анализ кровь, назначать на электрокардиографию и направлять на консультацию к терапевту поликлиники (госпиталя).

При обнаружении признаков прогрессирования заболевания направлять их на госпитальное лечение.

233. В **профилактике гипертонической болезни и атеросклероза** большое значение имеет разностороннее физическое развитие, правильная постановка физической подготовки, лечение общих невротических состояний и функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы (нейроциркуляторная дистония гипер- или гипотонического типа).

234. Для эффективного лечения гипертонической болезни исключительно большое значение имеет раннее выявление ее и раннее начало лечения. Для этого необходимо измерять артериальное давление у прибывающего в части пополнения и повторно измерять его у лиц, страдающих головными болями, утомляемостью, сердцебиением, раздражительностью, нарушением сна, потливостью и другими невротическими реакциями.

235. Врач части должен широко и убедительно разъяснять, что при сосудистых заболеваниях и невротических состояниях большой вред организму наносят курение и злоупотребление спиртными напитками.

236. Необходимо установить систематическое наблюдение за режимом отдыха (обеденный перерыв, ночной сон), физической нагрузкой лиц, больных гипертонической болезнью, и проводить контрольные врачебные осмотры их (см. ст. 78).

Периодическое лечение сосудорасширяющими, седативными и другими средствами проводить по показаниям.

Основные лечебно-профилактические мероприятия в отношении заболеваний системы крови

237. Лечебно-профилактические мероприятия в отношении заболеваний кроветворных органов среди военнослужащих сводятся в основном к раннему выявлению анемических состояний различной этиологии, к контролю за показателями периферической крови у лиц, на которых могут воздействовать факторы, угнетающие кроветворение, и к своевременному проведению нужных терапевтических мероприятий.

238. Чтобы предупредить развитие лейкопенических состояний и агранулоцитозов, медицинский состав должен знать те факторы, которые при определенных условиях становятся причиной подобных состояний. Например, требуется осторожность при назначении больным таких лекарственных препаратов, как пирамидон, барбитураты, сульфаниламиды, синтомицин, биомицин, эмбихин, препараты коллоидного золота и других, длительное лечение которыми недопустимо без систематического контроля за количеством лейкоцитов. Следует также помнить о том, например, что лейкопении и агранулоцитозы могут развиваться при тяжело протекающих малярии, висцеральном лейшманиозе, брюшном тифе и других инфекциях, при употреблении в пищу перезимовавших в поле злаков и т. п.

При развитии некротических и нагноительных процессов в зеве или в полости рта следует обращать особое внимание на количество лейкоцитов и их морфологическую характеристику, поскольку такие процессы в полости рта и в зеве могут быть проявлением агранулоцитоза или лейкоза.

Обязателен систематический гематологический контроль и за лицами, соприкасавшимися с радиоактивными элементами и генераторами ионизирующих излучений, а также за

больными, подвергающимися лучевой терапии (см. гл. XV части первой).

Угнетение эритропоэза сказывается на периферической крови уменьшением количества эритроцитов и гемоглобина.

Причиной анемий такого рода чаще всего бывают скрытые или повторные кровотечения, интоксикации и хронические отравления гемолизирующими ядами. Анемии эти склонны к прогрессированию и без устранения источника кровотечения или интоксикации крайне трудно поддаются лечению.

Следует иметь в виду в качестве возможных причин анемий также язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, раковые заболевания желудочно-кишечного тракта, ахилию желудка, геморроидальные кровотечения, тромбопеническую пурпуру, глистные инвазии и др.

Лечебно-профилактические мероприятия в отношении лиц с нервно-психической недостаточностью

239. Выявление нервно-психической недостаточности у военнослужащих (особенно рядового состава первого года службы) приобретает особое значение для войскового и госпитального врача.

Войсковой врач должен знать лиц, часто обращающихся с жалобами невротического характера, а также особенностями в поведении (эмоционально возбудимых, легко вступающих в конфликты, часто совершающих дисциплинарные нарушения, чрезмерно тяжело переживающих утрату близких или какое-либо другое горе, постоянно уединяющихся, отстающих в учебе и т. д.). Знать лиц с отдаленными последствиями закрытой травмы мозга и резидуальными энцефалопатиями (последствия перенесенных в раннем детстве инфекционных и других соматических и нервно-психических заболеваний) и умело оценивать их состояние.

240. Врач части обязан взять этих лиц на специальный медицинский учет — наблюдение и применять в отношении их меры лечебного и воспитательного характера и совместно с командиром подразделения и политработником интересоваться их поведением в подразделении, взаимоотношениями с товарищами, успеваемостью в учебе, дисциплинированностью и т. п.

В необходимых случаях следует прибегнуть к специальному неврологическому или психиатрическому обследова-

нию, позволяющему выявить лиц с пограничным состоянием (тяжелые формы неврозов, реактивные состояния, психопатии) и вынести соответствующее экспертное решение.

ГЛАВА V

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ТРАВМАТИЗМА

241. В основу работы медицинской службы по предупреждению травматизма должно быть положено:

— систематическое изучение условий и особенностей военного труда и быта, специфичных для данной части;

— внимательное изучение причин каждого случая травмы;

— активное проведение через командование предупредительных мероприятий.

Необходимо помнить, что небоевые травмы и так называемые несчастные случаи могут быть предупреждены, так как все они связаны с теми или иными своевременно не устраненными недочетами в организации занятий или работ.

242. Небоевые травмы возникают:

— при выполнении хозяйственных работ — ремонтно-строительных, погрузочно-разгрузочных, при ремонте машин, при использовании автотранспорта и т. д.;

— при боевой подготовке — во время ухода за боевой техникой, при передвижении на автотранспорте, на учебных занятиях и т. д.;

— при физической подготовке и спорте — во время учебных занятий, в часы массовой спортивной работы;

— в быту — вне службы и на службе (без связи с выполнением обязанностей военной службы).

243. Основными причинами небоевых травм являются:

— нарушение правил техники безопасности (отсутствие ограждений и защитных приспособлений у машин); неисправность оружия, материальной части, трапов, сходней, бортовых леерных стоек; отсутствие спецодежды, рукавиц, защитных очков; недостаточная освещенность рабочих помещений, спортивных залов, низкая температура воздуха в них; неподготовленность мест занятий по физической культуре и спорту, неудовлетворительное состояние спортивного инвентаря, площадки, пола, дна бассейна; отсутствие страховки при гимнастических упражнениях; отсутствие спаса-

тельных средств в местах купаний и т. д.; допуск недостаточно обученных солдат и матросов (особенно первого года службы) к обращению со сложной боевой техникой, корабельными и другими механизмами и машинами, к выполнению трудных упражнений на занятиях по физической подготовке; недостаточный контроль за подгонкой одежды и обуви, за пользованием портянками, уходом за ногами и т. д.;

— недостаточное наблюдение со стороны отдельных офицеров-руководителей, допускающих дефекты в организации работ и в методике проведения занятий, не учитывающих состояния утомления военнослужащих при выполнении тяжелых работ и сложных упражнений по физической подготовке и т. д.;

— нарушение отдельными лицами уставных положений и дисциплины; личная неосторожность военнослужащих на учебных занятиях, при обращении с оружием, боевой техникой, машинами, лошадьми; несоблюдение правил обращения с горючими веществами, паровыми котлами, электроприборами; нарушение правил безопасности на стрельбищах, при работах в мастерских, при погрузочно-разгрузочных работах, при работах за бортом, на мачтах, трубах и в междудонном пространстве кораблей; нарушение правил вождения автомобилей, посадки при перевозке людей на автомобилях и судах и т. д.

244. Для снижения травматизма медицинская служба должна:

— организовать постоянный медицинский контроль за выполнением правил, направленных к уменьшению травматизма при занятиях и работах в части;

— обеспечить немедленное оказание первой и последующей медицинской помощи пострадавшим при всех видах травм, имея в виду, что и легкие травмы могут привести к серьезным осложнениям;

— широко использовать методы наглядной агитации в виде предупреждающих надписей и знаков в мастерских, парках, гаражах, на стрельбищах, строительных объектах, в физкультурных залах и т. д.;

— совместно с офицером — руководителем занятий (работ) тщательно изучать каждый случай травмы для выявления ее причин и добиваться через командование устранения вскрытых недочетов в организации учебных и других занятий (работ).

245. Медицинский состав должен хорошо знать основные (возможные) причины травм при различных видах боевой,

физической подготовки и спорта, а также при специальных работах по эксплуатации и уходу за боевой техникой части.

Врачи, фельдшера и санитарные инструкторы обязаны знать требования официальных указаний и инструкций, предусматривающих практические меры профилактики травматизма при боевой и физической подготовке, спорте, и технику безопасности при проведении специальных и хозяйственных работ.

246. Старший врач части должен постоянно обеспечивать специальный инструктаж подчиненных ему врачей, фельдшеров и санитарных инструкторов, выделяемых для наблюдения за занятиями и работами, в отношении мер профилактики травматизма и оказания медицинской помощи.

247. При обнаружении в процессе подготовки к занятиям (работе) или во время проведения их каких-либо недочетов в организации, создающих угрозу безопасности занимающимся (работающим), присутствующий врач (фельдшер, санитарный инструктор) обязан немедленно сообщить свое мнение командиру, проводящему занятия (руководящему работами), и добиваться устранения недочетов или прекращения занятий (работ); в случаях невыполнения указанных требований — докладывать немедленно старшему врачу части для принятия мер через командование.

248. В целях тщательного изучения причин травматизма в части каждая травма с трудопотерей немедленно учитывается медицинской службой, для чего составляется специальная «Карточка учета травматических повреждений» (форма № 7) в двух экземплярах. Необходимые сведения о травме собирают и выясняют совместно с офицером, проводившим занятие (руководившим работой), или с командиром подразделения, к составу которого принадлежит пострадавший. Один экземпляр карточки направляют начальнику медицинской службы округа (флота) немедленно после определившегося исхода, другой остается в части.

249. О каждом случае травмы, об обстоятельствах и в первую очередь о причинах, при которых она произошла, а также свои выводы о необходимых предупредительных мерах старший врач в тот же день докладывает командиру части.

250. Результаты наблюдений медицинского состава на занятиях (работах), а также данные изучения отдельных случаев травмы старший врач части систематически обобщает с целью разработки практических мероприятий по снижению травматизма. План этих мероприятий с кон-

кретными предложениями, касающимися организации отдельных видов занятий (работ), старший врач докладывает командиру части и в дальнейшем организует наблюдение за его исполнением.

Медицинский состав должен систематически пропагандировать среди солдат и матросов меры личной предосторожности при отдельных видах занятий (работ), где возможно получение травм. В этих беседах необходимо использовать конкретный материал, собранный при изучении причин травматизма в части.

251. Медицинская служба округа (флота) не реже двух раз в год обобщает весь поступивший по травматизму материал и представляет командованию соответствующий доклад с указанием конкретных недостатков и принятых мер.

ГЛАВА VI

УСТРОЙСТВО МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА ЧАСТИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЕГО РАБОТЫ

252. Медицинский пункт части (МП) является центром всей лечебно-профилактической работы войсковой медицинской службы.

На медицинском пункте части проводят:

— прием, амбулаторное и стационарное обследование и лечение больных из числа личного состава части, а также больных из частей, прикрепленных на медицинское обслуживание к данному медицинскому пункту распоряжением старшего начальника медицинской службы или гарнизонного врача;

— оказание неотложной медицинской помощи указанным выше лицам при острых заболеваниях и травмах, а также членам семей военнослужащих, служащим и рабочим Советской Армии и Военно-Морского Флота;

— медицинские обследования офицеров (старшин и сержантов — сверхсрочнослужащих);

— медицинские осмотры и обследования личного состава срочной службы;

— ежедневные медицинские осмотры наряда, выделяемого на работу на кухне и в столовой, а также всех лиц, прибывающих в часть из командировок и отпусков;

— прививки личному составу части.

253. Работа в амбулатории и лазарете медицинского пункта является основным видом лечебной деятельности войскового врача.

254. В соответствии с объемом работ, выполняемых на медицинском пункте, последний должен располагать помещениями для амбулатории, аптеки, лазарета и изолятора на две инфекции.

255. Во всех помещениях медицинского пункта должно быть предусмотрено аварийное освещение.

Амбулатория медицинского пункта

256. Амбулатория медицинского пункта должна быть размещена в достаточно просторном, светлом, теплом и чистом помещении (размеры площади для отдельных помещений медицинского пункта см. в приложении 7). Внутренняя отделка помещений должна соответствовать задачам, стоящим перед медицинским пунктом: стены и мебель окрашены масляной краской светлых тонов, желательны центральное отопление и подводка водопроводных кранов ко всем рабочим помещениям, наличие ожидальной с гардеробной и уборной, врачебного кабинета, процедурной, перевязочной, зубоврачебного кабинета и аптеки.

В помещении амбулатории медицинского пункта с лазаретом на 20 коек целесообразно предусмотреть место для развертывания лаборатории для производства простейших лабораторных анализов и комнаты для стерилизации перевязочных материалов (автоклавной).

В амбулатории медицинского пункта необходимо предусмотреть:

— в ожидальной: достаточное количество стульев или скамеек для больных, ожидающих приема; вешалку для верхней одежды; плакаты, литературу по санитарному просвещению;

— во врачебном кабинете (кабинетах): стол для врача, кушетку, умывальник, шкаф для медицинских книжек и учетных документов, антропометрическую аппаратуру (ростомер, весы, спирометр и пр.), таблицы (определения остроты зрения, предельных дозировок сильнодействующих лекарственных препаратов, оказания неотложной помощи), там же должен находиться чемодан (сумка) с медицинским имуществом, предназначенным для оказания неотложной врачебной помощи вне амбулатории;

— в процедурной: шкафы для медикаментов, умывальник, аптечку первой помощи, таблицу отравлений и набор

противоядий, стол, кушетку, стулья или скамейки для больных, физиотерапевтическую аппаратуру (последнюю желательно размещать в отдельном помещении);

— ящики с необходимым медицинским имуществом, предназначенным для оказания медицинской помощи в полевых условиях (на учении, выходах, подъеме по тревоге и т. д.). Перечень содержания ящиков см. в приложении 12. Ящики укомплектовывают из внутренних ресурсов части. Использование предметов, входящих в комплект, разрешается только в полевых условиях;

— в перевязочной: стол для перевязок, стол для стерильного материала, педальный умывальник, шкафы для инструментария и медикаментов, стулья или скамьи для больных;

— в зубоврачебном кабинете: зубоврачебное кресло, бормашину, плевательницу, стол для врача, шкаф для медикаментов и инструментария, столики для приготовления пломбировочного материала и для инструментария, педальный умывальник, кушетку;

— в аптеке: рабочую комнату, оборудованную столом для изготовления лекарств и шкафами для хранения медикаментов и инструментария (оборудование аптеки см. гл. XX и приложение 28 Руководства по хранению медико-санитарного имущества в складах и воинских частях Советской Армии и Военно-Морских Сил, 1954 г.). Кроме того, при аптеке должна быть отдельная материальная комната (склад) для хранения запасов медикаментов и помещение для мытья аптечной посуды.

257. В частях, имеющих одного врача или фельдшера, медицинский пункт должен располагать помещением для амбулаторного приема (оно же для выполнения врачебных назначений и осмотров личного состава), изолятором, помещением для хранения медико-санитарного имущества и отдельной ожидальной.

258. Амбулаторный прием ведут врачи части с применением современных методов исследования (включая лабораторные) и лечения с использованием возможностей ближайших лечебных учреждений. В частях, где по штату врач не положен, амбулаторный прием ведет фельдшер части. Во время приема он отбирает больных, нуждающихся в консультации врача. Консультации систематически проводятся врачами, выделенными для этого распоряжением гарнизонного врача.

259. Старший врач части принимает непосредственное участие в лечебной работе, проводимой на медицинском

пункте, в том числе и в амбулаторном приеме, и несет ответственность за полноту обследования и лечения больных.

260. В частях, имеющих несколько врачей, организуют специализированный амбулаторный прием по хирургии и терапии (при наличии двух врачей); по хирургии, терапии, ЛОРболезням (при наличии трех врачей) и т. д.

Специализацию по одной из указанных специальностей врачи частей получают на окружных (флотских) курсах усовершенствования медицинского состава. Усовершенствование врачей проводится путем ежегодного прикомандирования на 30 суток к лечебному учреждению и направления на усовершенствование в высшие военно-медицинские учебные заведения.

261. В гарнизонах специализированные амбулаторные приемы с обеспечением консультаций больных подготовленными по различным специальностям войсковыми врачами могут проводиться распоряжением гарнизонного врача на базе одного из наиболее оборудованных для этого медицинских пунктов частей.

262. Амбулаторный прием проводят в соответствии с Уставом внутренней службы в часы, установленные приказом по части. Во избежание очередей и напрасной траты времени больными на ожидание приема старший врач части в пределах времени, установленного приказом по части для амбулаторного приема, назначает для каждого подразделения свои часы.

263. Больных с повышенной температурой тела, болями, значительной общей слабостью, с заболеваниями, подозрительными на инфекционные, с травмами принимают на медицинском пункте в любое время суток, а в приемные часы — в первую очередь. Отбор таких больных в приемные часы производит дежурный фельдшер.

264. Дежурный фельдшер до начала амбулаторного приема должен подобрать медицинские книжки на записанных в «Книгу медицинских осмотров и записи больных» (Устав внутренней службы Вооруженных Сил Союза ССР); кратко опросить больных для выяснения их жалоб и измерить у них температуру тела.

265. После осмотра больного врач заносит в его медицинскую книжку дату приема, кратко и разборчиво отмечает субъективные жалобы, данные объективного обследования, диагноз, назначения и делает отметку (если необходимо) об освобождении больного от занятий. Свои записи врач дол-

жен подписать (разборчиво). После приема фельдшер (медицинская сестра) переносит записи в «Книгу учета больных в амбулатории (поликлинике)».

266. Диагноз, назначения и отметку об освобождении больного от занятий (если оно дается) с указанием очередности посещения по данному заболеванию врач заносит в «Книгу учета больных в амбулатории (поликлинике)». В «Книге медицинских осмотров и записи больных» врач четко записывает лишь заключение в виде вывода о нуждаемости военнослужащего в лечении (амбулаторном, стационарном), в освобождении от занятий и т. д. согласно Уставу внутренней службы (не указывается диагноз заболевания).

Примечание. Делая в книгах записи об освобождении больного от занятий, врач должен точно указать, от каких именно занятий и на какое время больной освобождается. Одновременно указывается (при необходимости) срок явки больного на очередной амбулаторный прием. Например, «нуждается в освобождении от всех занятий, кроме классных, на 2 дня»; «нуждается в освобождении от нарядов на дворе (наружных вахт) на 3 дня, явиться...».

267. Частичное или полное освобождение от занятий (работы) дается врачом, а в частях, где врач по штату не положен, — фельдшером не более чем на трое суток.

268. Медицинские книжки являются документами строгой отчетности. В целях предотвращения утери и ознакомления больных с их содержанием медицинские книжки должны выдаваться больным в запечатанном конверте и только в том случае, если больного направляют в другое лечебное учреждение без сопровождающего медицинского персонала.

269. Медицинские книжки в алфавитном порядке хранятся на медицинском пункте частей в шкафах под замком. За учет и хранение их на медицинском пункте отвечает одно лицо (офицер медицинской службы), назначаемое распоряжением старшего врача части. Вместе с медицинскими книжками хранится и «Книга учета больных в амбулатории (поликлинике)».

270. Медикаменты военнослужащим срочной службы на руки не выдают. Для получения назначенных врачом лекарств, процедур и т. п. больные (в установленное для этого время) обращаются в амбулаторию к дежурному фельдшеру, который выдает лекарства и выполняет назначенные процедуры. О выполнении врачебных назначений дежурный фельдшер делает отметки в тетради назначения.

271. При направлении больного на рентгеновское, лабораторное или другое исследование, на консультацию к специалисту, а также на процедуры, которые не могут быть выполнены в части, медицинскую книжку выдают сопровождающему больного медицинскому персоналу. В книжке должны быть подробно указаны данные проведенных в части обследований, предполагаемый диагноз и причины направления.

272. Больных направляют на консультацию к специалисту в военный госпиталь или в гражданские лечебно-профилактические учреждения, а также для диагностических исследований только при наличии безусловных показаний к этому и после того, как врач исчерпает все лечебно-диагностические средства в части.

273. Всех военнослужащих, направляемых на лечение (обследование) в лазарет медицинского пункта, в военное или гражданское лечебное учреждение, обязательно регистрируют в соответствующей графе «Книги учета больных в амбулатории (поликлинике)». В эту же книгу записывают также больных офицеров, пользующихся лечением на дому, лиц, направленных на освидетельствование во врачебные комиссии, и лиц, нуждающихся в систематическом медицинском наблюдении.

Примечание. Лиц, убывших в санатории и дома отдыха во время своих очередных отпусков, в эту книгу не вносят.

274. По окончании амбулаторного приема в помещениях амбулатории производят обязательную влажную уборку с применением дезинфицирующих растворов.

275. Амбулатория должна быть подготовлена к оказанию заболевшим неотложной медицинской помощи в любое время дня и ночи. Для этого она должна иметь все необходимое медицинское имущество: стерильный перевязочный материал, жгуты, стерильные шприцы, иглы и инструменты, шины, желудочный зонд с воронкой, кислород, стерильные катетеры, инструментарий для трахеотомии, морфин в ампулах, кофеин, камфару и другие медикаменты, применяемые при оказании первой помощи, противоядия, сыворотки (противостолбнячная и противодифтерийная), справочник или таблицу по оказанию неотложной медицинской помощи, таблицы противоядий, заправленный примус (или электрический стерилизатор), эмалированные тарелки, машинку для стрижки волос, бритву. Кроме того, у дежурного фельдшера должна быть сумка для оказания на месте первой помощи пострадавшим (по вызову).

276. Для обеспечения в экстренных случаях на медицинском пункте переливания крови старший врач должен заранее договориться с руководителями гражданских органов здравоохранения или военно-лечебных учреждений о порядке получения крови. Кроме того, в части необходимо иметь несколько своих обследованных доноров, стандартные сыворотки для определения групп крови, плазмозамещающие и противошоковые растворы в ампулах.

277. Все медикаменты, предназначенные для текущего расходования, и имущество для оказания неотложной помощи должны храниться в амбулатории в специальных шкафах под замком, ключи от которых передаются дежурному фельдшеру.

278. Хранить в амбулатории медикаменты для внутреннего употребления допускается в количествах, не превышающих трехдневного расхода.

279. Перед дачей лекарств больному каждый раз проверяют соответствие даваемого лекарства назначенному.

280. При хранении медикаментов в амбулатории необходимо выполнять требования, изложенные в главе XXI Руководства по хранению медико-санитарного имущества в складах и воинских частях Советской Армии и Военно-Морских Сил, 1954 г.

281. В перевязочной должны строго выполняться все правила асептики и антисептики. Работающие в ней обязаны быть в халатах, употреблять прокипяченные инструменты, уметь стерилизовать перевязочный материал, хирургический инструментарий и обрабатывать руки. При отсутствии своего автоклава стерилизация перевязочного материала должна производиться в ближайшем лечебном учреждении. Перевязочный материал необходимо хранить в биксах под печатью, с надписью на этикетке «Стерильно», указывать дату стерилизации и фамилию производившего ее. Для мытья рук необходимо всегда иметь наготове раствор нашатырного спирта, воду и стерильные щетки.

282. Перевязочный материал необходимо стерилизовать в специальном конверте, сложенном из простыни. В конверт помещают перевязочный материал (готовые повязки разных размеров, салфетки, шарики из мягкой марли и палочки с ватой) в количестве, необходимом на один день работы. Конверты с перевязочным материалом рыхло укладывают в биксы, при этом число конвертов в одном биксе не должно превышать трех. Ежедневно перед началом амбулаторного приема из бикса вынимают один конверт, помещают его на

стол, покрытый простыней (не стерильной), и вкладывают в него прокипяченный инструментарий.

После извлечения конверта из бикса на последний повторно накладывают печать, при этом этикетка о дате стерилизации должна сохраняться. Невскрытый бикс или оставшиеся неиспользованными конверты по истечении четырех дней повторно стерилизуют.

В медицинских пунктах, в которых производятся малые хирургические операции, операционное белье (халаты, шапочки, маски, простыни, полотенца) и перевязочный материал стерилизуют в отдельном биксе.

283. В перевязочной медицинского пункта части разрешается для местного обезболивания пользоваться хлорэтилом и новокаиновой анестезией, а для наркоза (оглушения) — эфиром и хлорэтилом.

284. Весь медицинский состав части должен быть обучен работе в перевязочной и в процедурной, но постоянное ведение работы в них возлагается на одного из фельдшеров, который и отвечает за надлежащее состояние перевязочной и за готовность ее к работе в любое время дня и ночи.

285. В зубоврачебном кабинете амбулатории медицинского пункта части проводят плановую санацию полости рта личному составу и оказывают стоматологическую помощь. Зубоврачебный кабинет должен отвечать санитарно-гигиеническим нормам для хирургических кабинетов и требованиям асептической работы в нем.

Для экстракций и других хирургических амбулаторных операций необходимо выделять отдельный день.

Зубному врачу, работающему в зубоврачебном кабинете амбулатории медицинского пункта части, во время приема больных помогает постоянный обслуживающий персонал (медицинская сестра или санитарный инструктор, санитарка).

286. В лаборатории медицинского пункта части, если она имеется, производят следующие исследования: общий анализ крови (определение содержания гемоглобина, счет форменных элементов крови, определение лейкоцитарной формулы, РОЭ), мокроты (на туберкулезную палочку и эластические волокна), общий анализ мочи, желудочного сока (определение общей и свободной кислотности), испражнений (на яйца глистов и скрытую кровь), а также отделяемого мочеиспускательного канала на присутствие гонококка Нейссера. В лаборатории части производят также лабора-

торные исследования продуктов и готовой пищи на содержание витамина С.

Анализы в лаборатории проводят врачи части и лаборанты из числа среднего медицинского персонала части. Подготовка последних проводится на КУМСах и в лабораториях окружных и гарнизонных госпиталей. Непосредственно работой лаборатории руководит один из врачей части по указанию старшего врача. Методическое руководство и контроль за работой лабораторий медицинских пунктов осуществляют главный терапевт и начальник СЭО округа через начальников лабораторий окружного и гарнизонного госпиталей.

287. Работу аптеки медицинских пунктов организуют в соответствии с главой XX Руководства по хранению медико-санитарного имущества в складах и воинских частях Советской Армии и Военно-Морских Сил, 1954 г.

Лазарет медицинского пункта части

288. Лазарет медицинского пункта части (корабля) предназначается:

— для стационарного обследования и лечения больных, нуждающихся в постельном содержании или систематическом наблюдении;

— для временного помещения больных, нуждающихся в направлении в госпиталь после оказания им медицинской помощи в части (на корабле);

— для временной изоляции острозаразных больных или подозрительных на инфекционное заболевание (в изоляторе) до направления в госпиталь;

— для стационарного лечения нетранспортабельных больных до улучшения их состояния и направления в госпиталь.

289. Старший врач части принимает необходимые меры к полному развертыванию положенных по штату коек лазарета медицинского пункта, к максимальному использованию их для лечения больных в части.

290. Лазарет медицинского пункта части должен иметь следующие помещения: приемную-пропускник с кладовыми для вещей больных; процедурную и перевязочную палаты для больных (расчет площади см. в приложении 7), изолятор не менее чем на две инфекции; столовую для больных; уборную, умывальную и помещения для хранения чистого и грязного белья.

291. В лазарет медицинского пункта помещают больных, у которых установление заболевания и необходимое лечение могут быть проведены в полном объеме на месте. Начальникам медицинской службы округа, группы войск, отдельной армии, флота, флотилии в необходимых случаях предоставляется право определять контингент больных, подлежащих лечению в лазарете медицинского пункта части (корабля), учреждения в пределах ориентировочного перечня заболеваний, изложенных в главе VII части первой настоящего Руководства, но с учетом уровня подготовки врачей и необходимых условий для обследования и лечения больных.

292. Все больные, поступающие в лазарет, проходят обязательную санитарную обработку со сменой белья. Мытье больных производится полное (под душем, в ванне) или частичное (мытье рук, ног, головы).

Личную одежду и нательное белье больного, если необходимо, сдают в дезинфекцию. Одежду и обувь хранят в лазарете, а нательное белье сдают в стирку и при выписке выдают его больному чистым.

293. Во время пребывания в лазарете больной должен пройти обследование, при котором используют все возможные в условиях части методы диагностики и лабораторные исследования. При лечении, помимо медикаментозных средств, следует применять физиотерапевтические процедуры (электро-свето-тепло- и водолечение), лечебную гимнастику, лечебное питание, серо- и иммунотерапию и т. д.

294. В частях, где лазареты содержатся по штату, больные получают питание по нормам госпитального пайка (приказ Министра обороны Союза ССР № 65 от 22 апреля 1955 г.).

295. Больные лазарета должны строго соблюдать внутренний распорядок, установленный для лазарета. Внутренний распорядок устанавливается особой инструкцией, которую утверждает старший врач части. Инструкцию вывешивают на видном месте.

296. На каждого больного лазарета врач заводит историю болезни по установленной форме и температурный лист.

297. Обход больных врач лазарета производит не менее одного раза в день и обязательно утром. Консультации больных в лазаретах медицинских пунктов частей гарнизона специалистами гарнизонного госпиталя производятся согласно графику, утвержденному гарнизонным врачом.

298. Выполнение врачебных назначений и измерение температуры тела больных в лазарете, а также наблюдение за

выполнением правил внутреннего распорядка возлагаются на дежурного фельдшера (санитарного инструктора).

299. В лазарете в течение круглых суток должен находиться также дежурный санитар. Количество дежурного персонала устанавливает старший врач части.

300. Посетители допускаются к больным только в определенные дни и часы, установленные старшим врачом.

301. Хранение лекарств и пищевых продуктов на столиках и в тумбочках у больных не допускается.

302. Все медикаменты и инструментарий хранят в лазарете под замком. Ядовитые лекарственные средства и сильнодействующие ядовитые вещества хранят с соблюдением существующих правил, изложенных в главе III Руководства по хранению медико-санитарного имущества в складах и воинских частях Советской Армии и Военно-Морских Сил, 1954 г.

ГЛАВА VII

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОБЪЕМ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ В ВОИНСКОЙ ЧАСТИ[1]

303. В задачи лечебной работы медицинской службы в воинской части входят: проведение необходимых профилактических мероприятий, раннее выявление и распознавание среди личного состава части заболеваний, оказание неотложной помощи при острых заболеваниях и травмах и своевременное обеспечение больных лечением, а при необходимости их изоляция.

Примечание. О каждом случае медицинского вмешательства, повлекшем за собой угрозу здоровью или смерть военнослужащего, необходимо немедленно, но не позже чем через сутки докладывать по команде начальнику медицинской службы военного округа.

304. В лечебную работу медицинской службы части входит обеспечение неотложной медицинской помощи, амбулаторного и стационарного лечения на медицинском пункте части, лечения на дому офицеров, генералов и адмиралов

---

[1] Объем лечебной помощи может изменяться в зависимости от конкретных условий (отдаленное расположение части от госпиталя, нахождение кораблей в автономном плавании и т. д.). В этих случаях, а также на кораблях различных рангов объем медицинской помощи устанавливает старший начальник медицинской службы в зависимости от числа и квалификации штатного медицинского состава, а также от оснащенности табельным медицинским имуществом.

по основным медицинским специальностям; организация квалифицированной консультации специалистов и дополнительного обследования (рентгенологическое, лабораторное, электрокардиографическое и др.), а также направление на госпитальное лечение больных, нуждающихся в специализированном лечении или обследовании.

Примечание. Первая врачебная помощь до направления больных и пострадавших на госпитальное лечение должна быть оказана на медицинском пункте части (в лазарете).

305. При обследовании больных врач части пользуется данными анамнеза, медицинских документов (медицинская книжка, медицинские данные карты призывника, справки лечебных учреждений), результатами осмотра, лабораторных, рентгеновских, электрокардиографических и других исследований. В необходимых случаях он запрашивает данные об имевшихся у военнослужащих заболеваниях из гражданских лечебных учреждений по месту их жительства до призыва на военную службу.

Если врач (а при его отсутствии фельдшер) затрудняется сам поставить диагноз и назначить лечение, он консультируется на медицинском пункте части со старшим начальником медицинской службы или специалистами военных лечебных учреждений. Участие в консультации врача части (а при его отсутствии — фельдшера) обязательно. При необходимости консультироваться вне части (в поликлинике, госпитале и др.) и невозможности для врача при этом присутствовать в медицинскую книжку больного заносятся подробные данные обследования, диагноз и конкретные вопросы, подлежащие выяснению на консультации. Врач части должен периодически посещать больных своей части, находящихся на лечении в местных военных и гражданских лечебных учреждениях, следить за ходом их лечения и докладывать командиру части об итогах таких посещений.

306. Врач части обязан повседневно повышать как свои теоретические знания, так и знания подчиненного ему личного состава медицинской службы и совершенствовать практические навыки по наблюдению и уходу за больными и пострадавшими.

307. Фельдшер части обязан самостоятельно оказывать доврачебную помощь, проводить лечебно-профилактические мероприятия в установленном для него объеме, руководить работой санитарных инструкторов и санитаров, обучать их уходу за больными.

При наличии в части врача фельдшер докладывает ему о самостоятельно принятых решениях и о проведенных лечебно-профилактических мероприятиях.

308. В области хирургии врач части должен:

— оказывать первую врачебную помощь, производить переливание крови, плазмозамещающих жидкостей, вагосимпатическую блокаду, футлярную анестезию, вправление вывиха, иммобилизацию конечностей, остановку наружного кровотечения тампонадой или перевязкой сосудов, катетеризацию мочевого пузыря, трахеотомию (при невозможности срочного прибытия специалиста-хирурга или оториноларинголога);

— производить искусственное дыхание, давать наркоз, удалять небольшие атеромы и липомы, производить первичную обработку небольших ран мягких тканей, ожогов (см. приложение 9) и отморожений I и II степени (см. приложение 11), вскрывать панариции, абсцессы и флегмоны.

309. В области хирургии фельдшер части должен:

— своевременно оказывать доврачебную помощь и немедленно направлять к врачу больных, нуждающихся во врачебной помощи;

— немедленно вызывать врача к больным с признаками «острого живота» или направлять таких больных в ближайшее лечебное учреждение;

— производить временную остановку кровотечения всеми имеющимися в распоряжении средствами; диагностировать хронические аппендициты, грыжи и другие хронические заболевания и принимать необходимые меры к обеспечению врачебной консультации; проводить мелкие амбулаторные хирургические операции (вскрытие поверхностных абсцессов); самостоятельно производить транспортную иммобилизацию переломов конечностей, вправлять свежие вывихи мелких суставов;

— делать подкожные впрыскивания, вливания, а также вводить лекарственные вещества внутривенно; определять группы крови и переливать кровь и плазмозамещающие жидкости (под контролем врача);

— стерилизовать перевязочный материал, белье, инструменты и пользоваться автоклавом.

310. Показаниями для срочной госпитализации больных являются: повреждения крупных и средних кровеносных сосудов с кровотечением или без него, внутренние кровотече-

ния, проникающие ранения, ранения с повреждением костей, суставов и нервных стволов, переломы костей, острый аппендицит, ущемленная грыжа, кишечная непроходимость, прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки и другие заболевания, дающие симптомы «острого живота»; панариции с поражением фаланг и сухожилий, глубокие абсцессы, карбункулы, флегмоны, фурункулы на лице, ожоги и отморожения II и III степени, злокачественные новообразования с установленным диагнозом или с подозрением на них.

311. При заболеваниях внутренних органов врач части должен:

— обеспечить лечение на медицинском пункте части лиц, страдающих острыми катарами верхних дыхательных путей, острыми и хроническими бронхитами, гриппом, ангиной, функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы, малярией, гастритами, гиповитаминозами, гельминтозами, острыми желудочно-кишечными заболеваниями, колитами и холециститами;

— осуществлять наблюдение за реконвалесцентами, выписанными из лазарета или госпиталя, которым по решению гарнизонной или госпитальной комиссии предоставлен отпуск при части. Реконвалесценты и лица, имеющие отпуска при части, содержатся при лазарете медицинского пункта части, где за ними устанавливается медицинское наблюдение;

— принимать меры к раннему выявлению заболеваний туберкулезом легких.

Кроме того, врач части должен уметь своевременно диагностировать гипертоническую и язвенную болезни, нефрит, основные заболевания крови и оказывать первую неотложную медицинскую помощь при острых отравлениях, легочных, желудочных и кишечных кровотечениях, при шоке, обморочном состоянии, тепловом ударе, поражении электрическим током, утоплении, острой сердечной и сосудистой недостаточности, нарушении венечного кровообращения, грудной жабе (инфаркте миокарда), приступах бронхиальной астмы, коматозных состояниях, спонтанном пневмотораксе, почечной колике и др.

Врач (фельдшер) части должен знать симптоматологию острых и хронических поражений организма радиоактивными веществами, уметь (при наличии показаний) оказывать медицинскую помощь лицам, подвергшимся воздействию радиоактивных излучений, и проводить необходимые

оздоровительные мероприятия по предупреждению поражений, которые могут быть при работе с радиоактивными изотопами (см. главу XV части первой настоящего Руководства).

312. При заболеваниях внутренних органов фельдшер части должен уметь:

— распознавать, а также лечить наиболее часто встречающиеся заболевания внутренних органов и оказывать неотложную помощь при внезапно возникающих острых заболеваниях и отравлениях;

— организовывать и проводить уход за больными;

— правильно выписывать рецепты (при отсутствии врача) наиболее употребительных в войсковой практике лекарственных средств;

— промывать желудок;

— ставить питательные, лекарственные и сифонные клизмы;

— производить внутривенные вливания, искусственное дыхание, вводить подкожно физиологический раствор; исследовать мочу (удельный вес, качественное определение белка и сахара), кал на скрытую кровь; определять в крови содержание гемоглобина, количество лейкоцитов, РОЭ, измерять артериальное давление, определять группы крови.

313. При заболеваниях и повреждениях глаза и его придатков врач части должен уметь:

— определять остроту зрения по таблицам Сивцева-Головина и цветоощущение по таблицам Рабкина;

— удалять инородные тела из конъюнктивального мешка и с поверхностных слоев роговицы;

— диагностировать травму глаза и его придатков и оказывать необходимую помощь;

— диагностировать и лечить наиболее частые заболевания век, конъюнктивы, слезных органов, роговой и радужной оболочек; своевременно решать вопрос о необходимости консультации со специалистом-офтальмологом или госпитализации.

Врач (а при отсутствии фельдшер) ведет учет аметропов с пониженной остротой зрения, принимает меры к снабжению военнослужащих корригирующими очками по рецепту офтальмолога, проверяет пользование и сохранность очков в период прохождения аметропом военной службы.

Врач должен изучать причины глазного травматизма, систематически проводить работу по профилактике этого трав-

матизма, а также по профилактике наиболее часто встречающихся воспалительных заболеваний конъюнктивы и век, руководствуясь указаниями врача-специалиста.

314. При заболеваниях и повреждениях глаза и его придатков фельдшер части должен уметь:

— распознавать наиболее часто встречающиеся заболевания и повреждения глаза и его придатков;

— оказывать необходимую доврачебную помощь при этом;

— уметь удалять инородные тела из конъюнктивального мешка и с поверхностных слоев роговицы.

315. В частях лечению подлежат больные с болезнями краев век — ячмень, мейбомит; подострыми и хроническими конъюнктивитами и блефаритами; эссенциальной гемералопией (но не более семи дней); трахомой, не осложненной вторичной инфекцией, без воспалительных процессов в роговице (паннус) и выворота век (во всех случаях больных трахомой лечат при части только по решению специалиста-офтальмолога), а также больные с другими заболеваниями органа зрения, которым по решению офтальмолога может быть проведено лечение в условиях части.

316. Направлению в госпиталь подлежат больные с заболеванием век, конъюнктивы, слезных органов и с гемералопией, не поддающимися лечению при части, а также с травмой глаза и его придатков, с заболеваниями роговицы, радужной и сосудистой оболочек, хрусталика, сетчатки, зрительного нерва, двигательного аппарата, а также лица с расстройством зрения без объективных данных и нуждающиеся в стационарном обследовании для определения годности к военной службе.

Срочному направлению в глазное отделение госпиталя подлежат больные с проникающими ранениями глаз и его придатков, с термическими и химическими ожогами органа зрения; контузиями, вызвавшими понижение зрения; фурункулами и абсцессами век; гонорройным и дифтерийным поражением глаз; язвой роговицы, гнойным кератитом, иридоциклитом в острой стадии; острым приступом глаукомы, понижением зрения вследствие отравлений (метиловым алкоголем и др.), а также во всех случаях быстро наступившего понижения зрения (для обследования).

317. При заболеваниях уха, горла, носа врач части должен уметь:

— оказывать неотложную помощь при травмах и заболе-

ваниях ЛОРорганов, сопровождающихся осложнениями, угрожающими жизни (удушье, кровотечение из ЛОРорганов и т. п.);

— распознавать и лечить при части больных с наружными заболеваниями уха: дерматитом, фолликулитом, фурункулезом, серной пробкой, инородным телом наружного слухового прохода, находящимся у самого входа, хорошо видимым и легко удаляемым осторожным промыванием ушным шприцем; носовыми кровотечениями, заболеваниями наружного носа (фолликулиты, фурункулы, дерматиты); острыми ринитами, обострениями хронического насморка; хроническими катарами верхних дыхательных путей, не требующими хирургического лечения; хроническими гнойными и острыми катаральными средними отитами (по указанию специалиста-оториноларинголога), отморожениями и ожогами I—II степени носа или уха; производить продувание ушей баллоном, тампонаду полости носа при кровотечениях.

Военнослужащих, страдающих заиканием и признанных годными к прохождению военной службы, но нуждающихся в специализированном лечении, направляют в логопедическое учреждение гарнизона для амбулаторного лечения.

Примечание. При отсутствии в гарнизоне логопедического учреждения военнослужащих представляют на гарнизонную военно-врачебную комиссию для решения вопроса о целесообразности перевода их в гарнизон, имеющий логопедическое учреждение. Решение гарнизонной военно-врачебной комиссии после утверждения окружной военно-врачебной комиссией представляется по команде в отдел укомплектования Штаба округа с возбуждением ходатайства о переводе военнослужащего.

318. При заболеваниях уха, горла, носа фельдшер части должен уметь: распознавать острые заболевания уха, горла, носа, требующие срочной врачебной помощи, оказывать доврачебную помощь при заболеваниях и повреждениях уха, горла, носа; делать туалет слуховых проходов при заболеваниях ушей; удалять (промыванием) серные пробки; выполнять назначения врача-специалиста.

319. Направлению в госпиталь подлежат больные с упорными и рецидивирующими носовыми кровотечениями; околоушными флегмонами, травмами носа (по заключению врача-специалиста); острыми гнойными средними отитами или обострением хронических гнойных отитов; перихондритом ушной раковины; экземой наружного уха; острыми параназальными синуитами или обострением хронических

гнойных воспалений придаточных полостей носа; сикозом носа; флегмонозными ангинами и шейными лимфаденитами; затянувшимся ларингитом при наличии афонии или дисфагии; с ЛОРзаболеваниями, подозрительными на туберкулез, волчанку, склерому, или другими инфекционными гранулемами; с ЛОРзаболеваниями, при которых по заключению оториноларинголога требуется одна из следующих операций: радикальная операция уха, операция на придаточных пазухах носа, подслизистая резекция носовой перегородки, операция на небных миндалинах, аденотомия, конхотомия, полипотомия носа, уха или гортани, пластические операции носа или уха и т. п.; с функциональными нарушениями ЛОРорганов; нуждающиеся в экспертизе для определения годности к военной службе (по заключению оториноларинголога).

Срочному направлению в госпиталь подлежат больные с тяжелыми формами воспаления глотки, гортани или трахеи (острый отек гортани и т. п.), опухолями, инфекционными гранулемами (туберкулез, склерома, сифилис), тяжелыми флегмонами дна полости рта, шеи, затрудняющими дыхание, если быстро нарастающее удушье не потребует неотложной трахеотомии на месте; с ушными заболеваниями, требующими срочного хирургического вмешательства (трепанация сосцевидного отростка, парацентез и др.); с внутричерепными осложнениями гнойного отита: менингит, пиемия, лабиринтит, абсцесс мозга и т. п.; с глубокими тяжелыми отморожениями и ожогами носа, уха, лица; ранениями; с инородными телами ЛОРорганов, злокачественными новообразованиями с установленным диагнозом или с подозрением на них.

320. При заболеваниях нервной системы врач части должен уметь:

— распознавать и лечить на медицинском пункте части легкие формы люмбаго, ишиалгии, межреберной невралгии, пояснично-крестцового радикулита и нерезко выраженные функциональные расстройства нервной системы (легкие невротические состояния, явления переутомления и т. п.);

— вести наблюдение за лицами с нервно-психической неустойчивостью и содействовать устранению факторов, могущих обострять или закреплять невротические проявления;

— использовать оздоровляющее влияние войскового коллектива в отношении лиц с нервно-психической неустойчивостью, распознавать основные формы психических заболеваний, оказывать неотложную помощь при острых рас-

стройствах мозгового кровообращения — тромбозе, эмболии, кровоизлиянии в мозг (нетранспортабельные), при острых инфекционных заболеваниях нервной системы — менингите, энцефалите, бешенстве, при сотрясении и ушибе головного мозга, при припадках эпилепсии, истерии, при острых реактивных состояниях и психических заболеваниях.

321. При заболеваниях нервной системы фельдшер части должен уметь:

— диагностировать и оказывать неотложную помощь при острых расстройствах мозгового кровообращения (кровоизлияние в мозг и др.), травмах центральной нервной системы;

— оказывать неотложную помощь во всех случаях припадков (эпилепсия, истерия); отличать эпилептические судорожные припадки от истерических; правильно решать вопросы эвакуации при всех случаях травм нервной системы, состояниях, указывающих на возможность расстройства мозгового кровообращения;

— лечить заболевания периферической нервной системы (пояснично-крестцовый радикулит, ишиалгия, остаточные явления пареза лицевого нерва и т. д.), а также нерезко выраженные функциональные заболевания нервной системы.

322. При кожных и венерических заболеваниях врач части обязан уметь:

— распознавать и оказывать лечебную помощь, а также проводить необходимые профилактические мероприятия при пиодермиях, грибковых поражениях кожи и волосистой части головы, чесотке, экссудативных эритемах, дерматитах, чешуйчатом лишае, венерических болезнях;

— владеть методами и техникой внутривенных вливаний хлористого кальция, гипосульфита, бромистого натрия, препаратов сальварсана; внутримышечных инъекций пенициллина, препаратов висмута; промывания уретры по Жане; аутогемотерапии; лактотерапии; взятия и пересылки крови для серологического исследования (в пробирках и сухой капле); взятия мазков на гонококков из отделяемого уретры, секрета предстательной железы и мочевых путей;

— оказывать неотложную помощь при острых нарушениях мочеиспускания, при осложнениях, которые могут возникнуть во время и после вливания препаратов сальварсана.

323. При кожных и венерических заболеваниях фельдшер части должен уметь:

— самостоятельно распознавать наиболее часто встре-

чающиеся в войсковой практике кожные и венерические болезни;

— применять основные формы лекарственных веществ и удалять их с поверхности кожи;

— проводить аутогемотерапию и внутримышечные инъекции;

— вводить в уретру мягкий катетер, брать кровь на реакцию Вассермана; брать и отправлять материал для лабораторного исследования на гонококков и грибковые заболевания; производить промывания уретры.

324. В медицинском пункте части организуется лечение (амбулаторное или стационарное) больных скрытым сифилисом, поверхностными пиодермитами, фурункулами и эктимами, неосложненной чесоткой и эпидермофитией, отрубевидным и розовым лишаем, ограниченными формами чешуйчатого лишая, ограниченной экземой (только после консультации у специалиста-дерматолога), дерматитами, легкими формами экссудативной эритемы и крапивницы.

Обязательному направлению на лечение в госпиталь подлежат больные: с остро заразными и третичными проявлениями сифилиса; сифилисом нервной системы, внутренних органов, врожденным сифилисом и сифилисом с плохой переносимостью специфического лечения, со всеми формами острой и хронической гонорреи, мягким шанкром, воспалительным фимозом и парафимозом, распространенным и хроническим фурункулезом, распространенными эктимами, сикозом, трихофитией и паршой волосистой части головы, распространенными формами эпидермофитии, осложненной чесоткой, генерализованными формами чешуйчатого лишая, дерматитов и экзем, тяжелыми формами экссудативной эритемы, а также все другие больные, нуждающиеся в специальных методах обследования и лечения.

325. При инфекционных заболеваниях врач части должен:

— своевременно выявлять и немедленно изолировать больных, подозрительных на инфекционное заболевание, оказывать им необходимую первую медицинскую помощь, своевременно направлять их отдельным транспортом в специальные лечебные учреждения в пределах гарнизона и принимать срочные меры к выяснению источника инфекции и предупреждению дальнейшего распространения заболевания в части;

— постоянно знать санитарно-эпидемическую обстановку в гарнизоне, организовывать противоэпидемические

мероприятия в каждом инфекционном очаге, возникшем в части;

— обеспечивать проведение дезинфекции, дезинсекции и дератизации, выделять и брать под наблюдение всех лиц, контактировавших с больными, в случае необходимости организовать обследование их на бациллоносительство и профилактическое лечение, а также осуществлять другие противоэпидемические мероприятия в зависимости от характера инфекции. О каждом случае инфекционного заболевания и принимаемых мерах врач части обязан немедленно докладывать командиру части и вышестоящему начальнику медицинской службы (см. Руководство по санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому обеспечению Советской Армии, ч. 2, 1957 г.).

326. При инфекционных заболеваниях фельдшер части должен:

— своевременно выявлять и распознавать инфекционный характер заболевания;

— правильно и своевременно проводить изоляцию и эвакуацию больного в соответствующее лечебное учреждение;

— правильно осуществлять уход за инфекционными больными и лечить больных с инфекционными заболеваниями, подлежащих лечению в стационаре воинской части (грипп, ангина, малярия);

— брать материал (кровь, кал, мочу, слизь из зева и носа и т. д.) для лабораторного анализа; приготовлять мазок и толстую каплю крови для исследования на малярию; проводить дезинфекцию, дезинсекцию, дератизацию.

327. При особо опасных инфекциях и трансмиссивных заболеваниях с природной очаговостью врач (фельдшер отдельной части) должен:

— постоянно знать эпидемическую и эпизоотическую обстановку как обслуживаемой территории, так и смежных районов;

— иметь в виду возможность возникновения эпизоотий и связанных с ними заболеваний личного состава;

— уметь своевременно выявлять больных и лиц, подозрительных на эти заболевания, и изолировать их на месте (в части) в заранее предусмотренное помещение до эвакуации по указанию старшего начальника медицинской службы в специализированное лечебное учреждение;

— выявлять всех соприкасавшихся с заболевшими и изо-

лировать их индивидуально или группами в зависимости от характера инфекции и контакта;

— организовать мероприятия по локализации очага особо опасных инфекций (карантин части, дезинфекция, дератизация).

328. Каждый врач должен иметь обязательный минимум теоретических и практических знаний по указанным выше основным специальностям, а также по вопросам организации санитарно-химической защиты в объеме Руководства по санитарно-химической защите Советской Армии и Военно-Морского Флота, 1957 г.

329. Оказанию специализированной помощи в части содействуют выезды врачей-специалистов из госпиталей. К прибытию специалистов врачи части должны подготовить все данные о больных, подлежащих консультации.

330. Врачи части должны быть тесно связаны с военными и гражданскими лечебными учреждениями своего гарнизона, в которых они должны систематически нести дежурства, участвовать в хирургических операциях и в проведении лечебных мероприятий.

Начальники медицинской службы соединения и гарнизонные врачи в обязательном порядке привлекают врачей частей на все конференции и совещания как научного, так и инструктивно-практического характера, созываемые лечебными учреждениями гарнизона.

331. Организация лечебной помощи в частях и контроль за ее осуществлением в соответствии с требованиями настоящего Руководства являются одной из основных обязанностей начальника медицинской службы соединения и гарнизонного врача (в отношении частей центрального подчинения или частей, не входящих в состав соединения).

ГЛАВА VIII

ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА ЛЕЧЕНИЕ ВНЕ ЧАСТИ

332. Больных военнослужащих направляют на стационарное лечение вне части распоряжением командира по заключению врача, а в неотложных случаях распоряжением дежурного лица медицинского состава с последующим докладом командиру и старшему врачу части.

333. Больные военнослужащие могут быть направлены для стационарного лечения в медико-санитарную роту или лазарет дивизии (бригады), гарнизонный лазарет, в гарнизонный госпиталь или в гражданское лечебное учреждение. В гражданское лечебное учреждение больных военнослужащих, как правило, направляют в тех случаях, когда требуется неотложная или специализированная помощь, которая не может быть оказана в ближайших военных лечебных учреждениях, или если эти учреждения находятся на большом удалении от части (все вопросы по оказанию медицинской помощи должны быть заранее согласованы между гарнизонным врачом и гражданскими органами здравоохранения).

334. Офицеры по заключению врача могут быть оставлены для лечения на своих квартирах. Об освобождении их от служебных обязанностей объявляется в приказе по части с указанием срока освобождения.

335. Ответственность за правильность и своевременность направления больных на стационарное лечение (обследование) вне части несет старший врач части (фельдшер отдельной части).

336. Старший врач части должен знать, в какое лечебное учреждение он может направлять на стационарное лечение больных военнослужащих с тем или иным заболеванием, к какому лечебному учреждению прикреплена данная часть для получения постоянной консультативной помощи.

337. В медико-санитарную роту, лазарет дивизии (бригады), гарнизонный лазарет или госпиталь [1] больных направляют с теми заболеваниями, при которых требуются специальные методы клинического исследования, лечения и соответствующий уход.

338. Больных, нуждающихся в несрочном хирургическом лечении, одновременно страдающих такими заболеваниями, как гнойные процессы кожи и подкожной клетчатки, грипп, ангина, разрешается направлять для оперативного лечения в госпиталь лишь после излечения указанных заболеваний и после того, как у них установится нормальная температура тела.

339. Больных инфекционными заболеваниями или с подозрением на них направляют в госпиталь только при нали-

---

[1] Здесь и в дальнейшем имеются в виду соответственно госпитали, дивизионные (бригадные) лазареты, медико-санитарные батальоны (роты) дивизий, гарнизонные и базовые лазареты.

чии в нем соответствующих отделений; в противном случае этих больных направляют в инфекционные отделения гражданских лечебных учреждений.

Больных с подозрением на особо опасные инфекции эвакуировать запрещается; их изолируют на месте с принятием всех мер предосторожности и немедленным донесением старшему начальнику медицинской службы.

За личным составом подразделения, имевшим тесный контакт с больным, помещенным в изолятор медицинского пункта по поводу расстройств функций кишечника, устанавливается систематическое медицинское наблюдение до выяснения окончательного диагноза у заболевшего, а в случае подтверждения инфекционного характера заболевания — на срок инкубационного периода.

340. По решению военно-врачебных комиссий в госпиталь направляют также лиц, подлежащих стационарному обследованию для определения годности их к военной службе.

341. Больные военнослужащие, направляемые в лечебные учреждения из воинских частей, должны иметь следующие документы:

— солдаты, матросы, сержанты, старшины и курсанты— направление командира (начальника штаба) части, аттестаты на вещевое, денежное и продуктовое довольствие, проездные документы до места расположения лечебного учреждения и обратно, медицинскую книжку в запечатанном конверте, в которой должно быть заключение врача части;

— офицеры, генералы и адмиралы — направление за подписью командира (начальника штаба) части, медицинскую книжку в запечатанном конверте с подробным заключением старшего врача части или врача-специалиста поликлиники, проездные документы до места расположения лечебного учреждения и обратно. В направлении должен быть указан срок явки больного в лечебное учреждение.

342. Тяжело больных, нуждающихся в экстренной медицинской помощи, направляют в лечебное учреждение немедленно в сопровождении лица медицинской службы. Для обеспечения своевременной госпитализации этих больных санитарный автомобиль части должен быть в постоянной готовности к выезду. В аптечке скорой помощи медицинского пункта необходимо хранить запасной оформленный путевой лист на санитарный автомобиль и бланки направлений. При отсутствии в части штатного санитарного автомобиля распоряжением командира части для перевозки боль-

ных должен быть оборудован один из транспортных автомобилей.

При срочном направлении больного в госпиталь с ним пересылают только медицинскую книжку с указанием предположительного диагноза, остальные документы доставляют дополнительно.

343. Военнослужащих, заболевших во время отпуска, командировки или в пути следования, направляют в госпиталь и другие лечебные учреждения военные коменданты, начальники санитарно-контрольных пунктов (города, станции, пристани и т. д.) и военные комиссариаты. Направляемые в госпиталь должны предъявить командировочное предписание или отпускной билет; офицеры, генералы и адмиралы, сержанты и старшины сверхсрочной службы, кроме того,— удостоверение личности, а солдаты, матросы, сержанты и старшины срочной службы — служебную книжку военнослужащего срочной службы.

344. Уволенных с военной службы заболевших до оформления увольнения военным комиссариатом направляют в военные лечебные учреждения в том случае, если в пути следования к месту жительства у них возникло острое заболевание.

345. Больных, лечение которых не требует срочности, направляют в госпиталь в часы, установленные начальником госпиталя совместно с гарнизонным врачом и объявленные в приказе по гарнизону. Больных из других гарнизонов госпиталь принимает в любые часы, немедленно по их прибытии.

346. При направлении в госпиталь лиц с функциональными расстройствами нервной системы следует через сопровождающий медицинский состав обязательно представлять служебную и медицинскую характеристики, а на эпилептиков и лиц, страдающих ночным недержанием мочи, кроме того, акты за подписью старшего врача части и командира подразделения с описанием наблюдавшихся проявлений болезни, а при возможности справку гражданского лечебного учреждения, где больной лечился до призыва.

347. На обследование в лечебные учреждения направляют:

— призывников (в отдельных случаях) в период призыва — председатели призывных комиссий;

— молодое пополнение — командиры частей по заключению старших врачей частей;

— военнослужащих, состоящих на службе,—командиры

частей по заключению врачей или по решению военно-врачебных комиссий;

— военнослужащих, находящихся в отпуску, — военные коменданты и районные военные комиссариаты по заключению врачей или по постановлению военно-врачебных комиссий.

Переводы больных в пределах округа из одного госпиталя в другой производятся по разрешению начальника медицинской службы округа.

348. Больных с заболеваниями, требующими особо квалифицированных и сложных видов обследования и лечения, которые невозможно осуществить в окружном военном госпитале, можно через начальника медицинской службы округа направлять в соответствующие центральные лечебные учреждения Министерства обороны СССР или Министерства здравоохранения СССР. Направление этих больных в Главный военный госпиталь Министерства обороны СССР, клиники Военно-медицинской академии, а также в клиники и институты Министерства здравоохранения СССР допускается в каждом отдельном случае после получения согласия лечебного учреждения, в которое направляют больного, или с разрешения Главного военно-медицинского управления Министерства обороны.

349. Военнослужащие, состоящие на действительной службе в Советской Армии и Военно-Морском Флоте, имеют право пользоваться всеми видами медицинской помощи в лечебных учреждениях гражданских органов здравоохранения, если в данной местности нет военных лечебных учреждений или если в них нет отделений соответствующего профиля.

Военнослужащие, обращающиеся за медицинской помощью в гражданские медицинские учреждения, должны иметь официальное направление от своей части, а находящиеся в отпуску или в командировке, — от коменданта города (военного комиссариата) по месту регистрации.

350. О всех военнослужащих, выписавшихся из госпиталя по выздоровлении, а также поступивших в госпиталь, начальник госпиталя обязан в тот же день известить командира той части, откуда эти военнослужащие прибыли. Если у поступившего в госпиталь больного будет установлено инфекционное заболевание, начальник госпиталя обязан немедленно послать в часть извещение об этом (в запечатанном конверте).

ГЛАВА IX

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК В ЛАГЕРНЫЙ ПЕРИОД, ВО ВРЕМЯ ПОХОДОВ И НА МАНЕВРАХ (УЧЕНИЯХ) В ЛЕТНИХ И ЗИМНИХ УСЛОВИЯХ

Лечебно-профилактическое обеспечение войск в лагерный период

351. Лагерный период обучения войск в летнее и зимнее время, как наиболее ответственный период боевой подготовки, требует от медицинской службы особо тщательной организации и проведения соответствующих мероприятий по лечебно-профилактическому обеспечению войск.

352. При выборе места для лагерного расположения части старший врач принимает участие в обследовании намеченного участка будущего лагеря для составления санитарной характеристики и оценки местности.

353. Перед выходом в лагерь старший врач части организует санитарное обследование выбранного участка для решения вопроса, какие конкретно санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, а также строительные работы необходимо провести для размещения медицинского пункта.

354. Начальник медицинской службы соединения перед выходом в лагерь выясняет:

— какие части выходят в лагерь (их численный состав);

— какое количество членов семей военнослужащих, а также рабочих и служащих Советской Армии будет находиться в лагере;

— какие детские учреждения предполагается организовать в нем;

— сколько врачей выходит в лагерь с частями, какова специализация их и степень подготовки к самостоятельной работе по специальности;

— какие помещения предназначены для развертывания медицинских пунктов, общелагерного сводного лазарета или общелагерного отделения военного госпиталя (в случае их развертывания), техническое состояние этих помещений, какой неотложный ремонт они требуют;

— какие лечебные учреждения (военные и гражданские) функционируют в районе лагеря, какие специальные отделе-

ния они имеют и в какой мере могут обеспечить госпитализацию больных из числа военнослужащих, прибывающих в лагерь.

355. На основании этих данных начальник медицинской службы соединения делает предварительный расчет потребности в медицинском составе, помещениях для развертывания лечебных учреждений в лагере, медицинском и санитарно-хозяйственном имуществе и санитарном транспорте. Этот расчет он представляет командиру соединения и старшему начальнику медицинской службы для получения всего недостающего.

356. Перед выходом в лагерь начальник медицинской службы соединения, получив указания командира соединения и старшего начальника медицинской службы, составляет план лечебно-профилактического обеспечения лагерного сбора с учетом времени года.

В плане он предусматривает:

— строгий медицинский контроль за подготовкой и оборудованием лагерей, при этом особое внимание обращает на благоустройство источников водоснабжения, продовольственных складов, кухонь-столовых, бань, прачечных, умывальников, уборных, помойных ям и мусорных ящиков;

— комплексное обследование и санацию лиц, переболевших дизентерией, а также проведение предохранительных прививок личному составу против кишечных инфекций;

— развертывание медицинских пунктов в каждой части, имеющей по штату врача, и приписку к этим медицинским пунктам личного состава тех частей, которые не имеют врача;

— организацию при одном из медицинских пунктов лагерного сбора поликлинического приема военнослужащих, а при необходимости и членов их семей, с привлечением войсковых врачей-специалистов и специалистов ближайших лечебных учреждений Министерства здравоохранения СССР;

— порядок обеспечения квалифицированной госпитальной помощью с развертыванием, по решению начальника медицинской службы округа, общелагерного лечебного учреждения (сводного лазарета, отделения военного госпиталя) для оказания неотложной хирургической и терапевтической помощи и стационарного лечения военнослужащих;

— организацию лагерного пункта неотложной медицинской помощи с постоянным дежурством врача;

— развертывание (при необходимости) общелагерного

профилактического пункта венерических болезней с постоянным дежурством медицинского персонала;

— обеспечение нуждающихся в зубоврачебной и зубопротезной помощи, в лабораторном, рентгенологическом и физиотерапевтическом обслуживании;

— четкий порядок направления инфекционных больных и нуждающихся в срочной квалифицированной врачебной помощи при несчастных случаях и острых заболеваниях;

— порядок медицинского обеспечения подразделений, остающихся на зимних квартирах частей.

Примечание. Начальник медицинской службы соединения при организации и проведении мероприятий по лечебно-профилактическому обеспечению войск в зимних лагерях должен предусмотреть:

— мероприятия по профилактике отморожений (см. приложение 10) и заболеваний простудного характера, в частности обеспечение личного состава исправной и хорошо подогнанной обувью, теплым бельем и портянками, исправным зимним обмундированием, предоставление возможностей для просушки обмундирования и обуви;

— приспособление помещений, предназначенных для развертывания лечебных учреждений для работы в зимних условиях.

357. Все подготовительные работы должны быть закончены не позднее чем за 5 дней до выхода войск в лагери.

358. В систему мероприятий по охране здоровья войск в лагерный период входят санитарно-гигиеническое и лечебно-профилактическое обеспечение их, физическая подготовка, закаливание и тренировка.

359. Лагерные условия позволяют проводить физическую подготовку, закаливание, тренировку и другие оздоровительные мероприятия.

Приступать к закаливанию организма водой следует при ее температуре не ниже 17—18°, закаливание лучами солнца и воздуха надо осуществлять в солнечные и безветренные дни.

Офицеры старшего возраста или лица с отклонениями в состоянии здоровья закаливание солнцем проводят только при разрешении врача и по его указанию.

360. Организация правильного рационального питания в лагерях имеет особо важное значение. Для обогащения пищи витаминами, играющими большую роль в защитных свойствах организма, надо широко рекомендовать использование витаминоносителей, в том числе и дикорастущих (щавель и др.), а также искусственную витаминизацию готовой пищи.

361. Важнейшим условием предупреждения многих заболеваний в лагерях является высокая личная гигиена лич-

ного состава. Большую роль в воспитании гигиенических навыков у солдат должно сыграть санитарное просвещение.

362. Необходимо добиваться от каждого военнослужащего знания правил оказания само- и взаимопомощи при несчастных случаях (тепловой удар, ожоги, утопление, ранения и т. п.), профилактики острых желудочно-кишечных заболеваний; первой помощи при отравлениях ядовитыми растениями, грибами и т. п.; в зимних условиях большое внимание нужно уделять профилактике простудных заболеваний, отморожений.

363. Чистота и порядок в лагере — непреложный закон армейской жизни. Необходимо строго контролировать содержание в чистоте территории лагеря, систематическое удаление мусора, кухонных отбросов, устройство плотно закрывающихся помойных ям.

364. Лечебно-профилактическое обеспечение войск в лагерный период должно занимать ведущее место в охране здоровья войск, являться основным в комплексе медицинских мероприятий.

365. Лечебно-профилактическая работа в лагерных условиях дает возможность:

— систематически наблюдать за личным составом войск на учебе, во время марша, отдыха и т. д.;

— планировать и проводить в большем объеме оздоровительные и лечебные мероприятия с использованием целебных свойств природы — воды, солнца и воздуха;

— устанавливать динамическое наблюдение за лицами с ослабленным здоровьем, укреплять их здоровье с помощью лечебной физкультуры, специально устанавливаемого для них режима труда и отдыха.

366. Медицинское обслуживание личного состава в лагерный период должно быть организовано так, чтобы была обеспечена, при необходимости, полная возможность в любое время суток без всякого промедления эвакуировать больного в госпиталь или больницу.

367. На базе медицинского пункта части в отведенное время для служащих организуется амбулаторный прием, который ведут врачи частей (по женским болезням приглашаются специалисты гражданских органов здравоохранения с оплатой их по § 7 ст. 21 сметы Министерства обороны Союза ССР).

Амбулаторные приемы больных в медицинских пунктах частей следует проводить организованно и по распорядку

дня части, но с учетом приема больных при дневном освещении.

368. Объем медицинской помощи в лагерных условиях увеличивается, все основные терапевтические и хирургические мероприятия осуществляются на месте в лазаретах, амбулаториях частей и общелагерном лазарете, за исключением обслуживания заболевших, требующих специальных видов обследования, лечебных методов и хирургических операций.

369. Неотложная помощь в лагерных условиях организуется во всех медицинских пунктах и в лазарете.

370. В общелагерном лазарете устанавливается круглосуточное дежурство терапевта и хирурга (за счет всех врачей частей и лазарета лагерного сбора), а также санитарного транспорта (при отсутствии специального допускается грузовой, приспособленный для этого).

371. Начальник медицинской службы лагерного сбора должен уделять особое внимание:

— контролю за санитарным состоянием территории лагеря, кухни, столовой (в особенности при смене частей);

— систематическому изучению эпидемической обстановки района расположения войск в целях ограждения личного состава от заноса инфекционных заболеваний;

— медицинскому обеспечению личного состава во время купанья в открытых водоемах, спортивных мероприятий, кроссов и бросков и т. п.

372. За четкую организацию лечебно-профилактического обеспечения личного состава в лагерях несет личную ответственность начальник медицинской службы лагерного сбора.

Лечебно-профилактическое обеспечение войск во время походов и на маневрах (учениях)

373. Старший врач части в подготовительный период к походу, маневрам (учениям) должен:

— ознакомиться с планом похода, маневров (учений) и численным составом части, принимающей участие в них;

— изучить по карте район похода, маневров (учений), предполагаемый маршрут движения и пункты привалов, ночлегов, дневок во время похода, маневров (учений);

— провести предварительную медицинскую разведку пунктов сосредоточения, маршрутов движения и районов учения войск для выявления острозаразных заболеваний среди населения, в том числе заболеваний с природной оча-

говостью, эпизоотией среди животных и грызунов, а также состояния источников воды; при невозможности провести разведку — получить необходимые сведения от старшего начальника медицинской службы или, с разрешения командира части, через органы гражданского здравоохранения;

— добиться через командование запрещения размещать войска в населенных пунктах, неблагополучных по инфекционным заболеваниям, по эпизоотиям и т. п.;

— установить, какие лечебные учреждения (военные и гражданские) могут быть использованы в районе походов, маневров (учений) и в каком объеме эти учреждения смогут оказать личному составу медицинскую помощь в первую очередь при несчастных случаях и инфекционных заболеваниях;

— составить предварительный расчет и получить от старшего начальника медицинской службы указания, как покрыть потребности в медицинских кадрах, стационарных койках, транспорте и медицинском имуществе, в том числе и в средствах для индивидуального обеззараживания воды, исходя из численного состава части, принимающей участие в походе, маневрах (учениях), и из наличия ресурсов медицинской службы части;

— предусмотреть использование отдельных этапов похода, маневров (учений) для санитарно-тактической подготовки медицинского состава своей части по темам: «Работа санитаров по оказанию первой помощи в полевых условиях», «Организация выноса раненых с поля боя», «Развертывание медицинских пунктов», «Организация эвакуации раненых и больных в особых условиях» и т. п.;

— провести с личным составом части разъяснительную работу по сохранению здоровья в конкретных условиях предстоящего похода, маневров (учений);

— составить план лечебно-профилактического обеспечения на время похода, маневров (учений) и представить его на утверждение командиру части. В плане подробно осветить порядок разрешения перечисленных выше вопросов, обратив особое внимание на организацию оказания медицинской помощи и эвакуацию, на мероприятия по гигиене марша, в том числе на профилактику перегревания, отморожений (см. приложение 10), потертостей и проведение санитарно-просветительной работы по вопросам сохранения здоровья личного состава;

— организовать медицинский осмотр всего личного состава части, выделенного для участия в походе, маневрах

(учениях), составить именные списки военнослужащих, которые по состоянию здоровья нуждаются в освобождении от предстоящего похода, маневров (учений) или ограничении физической нагрузки; списки представить командиру части.

374. Старший врач части при составлении плана медицинского обслуживания личного состава войск, участвующего в походе, маневрах (учениях) в зимнее время года, должен в подготовительный период дополнительно предусмотреть:

— своевременное выявление военнослужащих, страдающих хроническими заболеваниями, безусловно препятствующими участию в походе, маневрах (учениях); мероприятия по быстрейшему оздоровлению и возвращению их в строй к началу похода, маневров (учений);

— санитарную обработку всего личного состава с выдачей, при необходимости, нательного белья, импрегнированного противопаразитарными средствами;

— мероприятия по профилактике отморожений и заболеваний простудного характера, в частности обеспечение личного состава исправной и хорошо подогнанной обувью, теплым бельем и портянками, исправным зимним обмундированием, подогнанными лыжами и особенно своевременное обеспечение горячей пищей, чаем; личному составу должны быть созданы условия для просушки обмундирования и обуви;

— приспособление санитарно-транспортных средств для работы в зимних условиях, а также развертывание при необходимости в районе похода, маневров (учений) обогревательных пунктов и лечебных учреждений с необходимым оборудованием и оснащением для оказания квалифицированной медицинской помощи больным и пострадавшим.

375. Перед выходом в поход, на маневры (учения) старший врач части должен:

— проверить готовность медицинской службы к выходу;

— распределить медицинский состав по подразделениям на первый этап похода, маневров (учений), предусмотрев обеспечение медицинской помощью личного состава части, который остается в пункте постоянного расквартирования;

— провести с медицинским составом, участвующим в походе, маневрах (учениях), инструктивные занятия и познакомить его: с планом лечебно-профилактического обеспечения похода, маневров (учений) по отдельным этапам и конкретными обязанностями каждого исполнителя; с дислокацией военных и гражданских лечебных учреждений и с по-

рядком направления в них заболевших, а также с организацией связи и порядком представления срочных и несрочных донесений о физическом состоянии личного состава, его заболеваемости и санитарном состоянии подразделений.

376. Контроль за полнотой лечебно-профилактического обеспечения похода, маневров (учений) и оказанием действенной помощи медицинской службе частей возлагается на начальника медицинской службы соединения или на лицо, выделенное распоряжением начальника медицинской службы округа.

377. В период похода, маневров (учений) особое внимание уделяется:

— проведению непрерывной санитарно-эпидемиологической разведки района похода, маневров (учений), своевременному выявлению острозаразных больных среди населения и личного состава войск, а также мероприятиям по профилактике перегреваний, отморожений и заболеваний простудного характера;

— своевременному оказанию квалифицированной медицинской помощи заболевшим и пострадавшим с проведением, при необходимости, активных противоэпидемических мероприятий;

— улучшению полевой выучки всех категорий медицинского состава с фактическим развертыванием этапов медицинской эвакуации и пропуском условно раненых и пораженных в усложненной обстановке.

378. После похода, маневров (учений) старший врач части должен:

— провести медицинский анализ влияния похода, маневров (учений) на физическое состояние участников;

— организовать наблюдение за больными, помещенными во время похода, маневров (учений) в гражданские лечебные учреждения, и при первой возможности перевести их для дальнейшего лечения в стационар (лазарет) части или ближайший военный госпиталь;

— составить отчет с приложением схем по отдельным этапам учений для доклада командиру части и старшему начальнику медицинской службы;

— провести разбор результатов лечебно-профилактического обеспечения похода, маневров (учений) с личным составом медицинской службы.

ГЛАВА X

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК В УСЛОВИЯХ КРАЙНИХ КЛИМАТИЧЕСКИХ ЗОН И ГОРНО-ВЫСОТНОЙ МЕСТНОСТИ

Особенности лечебно-профилактического обеспечения войск в условиях Крайнего Севера

379. Климато-метеорологические и географические особенности северных районов характеризуются рядом факторов, которые при отсутствии профилактических мер могут приводить к значительному увеличению заболеваемости и трудопотерь среди личного состава войск.

К этим факторам относятся:

— длительное воздействие влажного холода и резкие перепады температуры воздуха;

— сильные и продолжительные ветры;

— большое количество осадков;

— низкий уровень ультрафиолетовой радиации и наличие отраженных от снега солнечных лучей в весеннее время;

— наличие полярного дня и полярной ночи;

— специфический характер рельефа и почвы, резко увеличивающий нагрузку на военнослужащих во время маршей и полевых учений.

Для размещения войск в условиях Крайнего Севера характерно наличие отдельных гарнизонов, расположенных на большом расстоянии от крупных населенных пунктов, в районах, труднодоступных для наземного транспорта.

380. Старший врач части должен при организации лечебно-профилактического обеспечения войск в условиях Крайнего Севера особо предусмотреть:

— профилактику катаров верхних дыхательных путей и других заболеваний, связанных с охлаждением; в основу мероприятий, направленных на предупреждение этих заболеваний, должна быть положена рациональная система закаливания, которую необходимо проводить повседневно и настойчиво с первых дней службы солдат на севере;

— мероприятия по профилактике гиповитаминозов (особенно гиповитаминозов А и С) путем организации массовой витаминизации всего личного состава; при отсутствии систематического врачебного наблюдения первые признаки гиповитаминозов могут остаться незамеченными и появиться внезапно в виде массовых заболеваний;

— организацию лабораторного исследования продуктов питания и пищевого рациона;

— контроль за витаминизацией пищи в столовых Управления торговли Министерства обороны Союза ССР;

— организацию фотария для массового ультрафиолетового облучения личного состава с целью профилактики ряда заболеваний (гиповитаминозы, пиодермиты и др.), связанных со световым голоданием в период полярной ночи; целесообразно для этой цели использовать лампы типа «Маяк»;

— обеспечение в летнее время частей и гарнизонов эффективными средствами защиты от гнуса (комары, мошкара), появление которого значительно затрудняет несение службы, снижает производительность военного труда, ведет к росту пиодермитов; для этой цели целесообразно использовать диметилфталат, накомарники, пропитанные отпугивающими средствами, и сетки Павловского;

— мероприятия по предупреждению отморожений (см. приложение 10), особенно во время полевых тактических учений, когда войска организуют дневки и ночлег в поле или в лесу, часто в крайне неблагоприятных метеорологических условиях, а также в условиях несения караульной службы;

— мероприятия по предупреждению массовых заболеваний глаз (керато-конъюнктивиты), возникающих чаще в весеннее время под влиянием отраженных от снега солнечных лучей; для предупреждения этих заболеваний необходимо обеспечить личный состав очками-консервами.

381. При лечебно-профилактическом обеспечении войск в условиях Крайнего Севера части, расположенные на значительном расстоянии от населенных пунктов и госпиталей, зачастую в условиях, недоступных для обычных видов наземного транспорта, следует обеспечить всеми видами квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

В связи с этим начальник медицинской службы округа должен предусмотреть:

— специализацию врачей гарнизонов по основным специальностям для организации всех видов медицинской помощи на месте;

— организацию за счет средств округа подвижных поликлинических отделений и вспомогательных лечебно-диагностических кабинетов, предназначенных для выезда в отдаленные гарнизоны.

Особенности лечебно-профилактического обеспечения войск в условиях Крайнего Юга

382. Климато-метеорологические и географические особенности Крайнего Юга (пустыни, полупустыни) характеризуются:

— резко континентальным климатом: сухим и жарким летом (с дневной температурой до 35—40°), значительными суточными колебаниями температуры (до 25—30°), короткой и прохладной зимой с ветрами;

— значительным количеством пыли (в ряде районов горько-соленой), поднимающейся от ветра или движущегося транспорта;

— ограниченным, а иногда и полным отсутствием источников воды;

— наличием ядовитых змей, насекомых и отдельных ядовитых рыб;

— наличием природных очагов эндемических и зоонозных инфекций;

— низкой плотностью населения, редким расположением населенных пунктов;

— ограниченностью дорог, труднопроходимых в весенне-осенний период;

— однообразием рельефа пустынь, степи, отсутствием зеленых насаждений;

— отсутствием кормов для животных, подстилочного материала и топлива.

383. Перечисленные особенности Крайнего Юга (пустыни, полупустыни) могут неблагоприятно влиять на состояние здоровья военнослужащих:

— высокая температура окружающего воздуха ухудшает самочувствие и понижает работоспособность военнослужащих, вызывает повышенное потоотделение, приводит к обезвоживанию организма, сухости слизистых, перегреванию и тепловым ударам;

— в результате повышенной инсоляции возможны ожоги кожи;

— следствием значительных колебаний дневной и ночной температуры воздуха, прохладной и ветреной погоды в весенне-осенний и зимний периоды являются простудные заболевания и даже отморожения;

— поднимающаяся пыль вызывает заболевания глаз и верхних дыхательных путей;

— укусы ядовитых змей и насекомых вызывают тяже-

лые заболевания (с резкой болью, местной припухлостью, ослаблением сердечно-сосудистой деятельности);

— наличие природных очагов эндемических и зоонозных инфекций создает неустойчивость санитарно-эпидемического состояния населенных пунктов, что может привести к массовым вспышкам среди личного состава войск инфекционных заболеваний, в том числе и особо опасных.

384. Медицинский состав частей и соединений должен быть хорошо подготовлен к проведению всего комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для предупреждения инфекционных и особенно особо опасных инфекционных заболеваний среди личного состава, к профилактике и оказанию медицинской помощи при тепловых ударах, укусах ядовитых змей и насекомых.

385. Медицинские пункты частей должны постоянно иметь наряду с прочими медикаментами необходимые сыворотки (противозмеиную, противокаракуртовую), дезинфицирующие, отпугивающие и противопаразитарные средства.

386. Учитывая эти особенности, старший врач части должен предусмотреть в плане медицинского обеспечения прибывшего пополнения:

— тщательный медицинский осмотр, выяснение санитарно-эпидемического состояния района, из которого пополнение прибыло, санитарную обработку пополнения, профилактические прививки;

— изоляцию всех температурящих и больных с нарушением функции кишечника;

— выявление переболевших острыми и хроническими желудочно-кишечными заболеваниями, малярией и другими заболеваниями и санацию их;

— мероприятия по закаливанию и акклиматизации пополнения;

— строгое соблюдение водно-питьевого режима;

— беседы и лекции по санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим вопросам, по предупреждению заболеваний, связанных с краевой патологией.

387. В районе расквартирования части старший врач обязан:

— поддерживать связь с местными органами Министерства здравоохранения СССР и систематически получать от них информацию о санитарно-эпидемическом состоянии района расквартирования части;

— организовать медицинскую разведку в радиусе до 3 *км* и постоянно поддерживать наблюдение за этим районом;

— организовать мероприятия по истреблению грызунов и по профилактике малярии.

388. Контроль за организацией питания войск в условиях Крайнего Юга приобретает особое значение.

Кроме мероприятий по санитарно-гигиеническому контролю за полноценностью питания военнослужащих, доброкачественностью пищевых продуктов и готовой пищи, а также мероприятий по предупреждению пищевых токсикоинфекций и других кишечных заболеваний, старший врач части при разработке режима питания личного состава должен докладывать командованию о необходимости перерыва в занятиях для отдыха (с 12 до 16 часов), включать на завтрак 35%, на обед 25% и на ужин 40% суточного рациона.

389. Перед выходом части в район маневров (учений) или на марш, кроме мероприятий, предусмотренных в главе IX части первой настоящего Руководства и в Руководстве по санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому обеспечению войск Советской Армии, старший врач части обязан:

— предусмотреть средства для оказания помощи при тепловых ударах, ожогах и сыворотки — противозмеиную и противокаракуртовую;

— проверить обеспеченность личного состава флягами и доброкачественной водой, а также средствами для индивидуального обеззараживания воды;

— составить совместно с командованием, инженерной, продовольственной и вещевой службами план обеспечения части водой, учитывая, что запас воды на каждого здорового человека в сутки должен быть не менее 10 *л*, на каждого больного — 50 *л* (на ПМП — 600 *л*, на ДМП — не менее одной цистерны емкостью 2000—3000 *л*);

— контролировать получение военнослужащими при каждом приеме пищи в достаточном количестве горячего чая.

390. В районе походов, маневров (учений) старший врач части должен:

— не разрешать отдых военнослужащих в местах расселения грызунов (у дувалов, развалин, построек); при остановках части выбирать места, свободные от нор грызунов или с наименьшей плотностью грызунов, все норы обя-

зательно присыпать землей; при показаниях места отдыха обрабатывать антипаразитарными средствами;

— усилить наблюдение за грызунами и их эктопаразитами, обращая внимание на плотность и наличие падежа (наблюдение за грызунами производить в ранние утренние часы);

— запретить личному составу брать в руки павших грызунов;

— немедленно изолировать всех терапевтических больных и произвести их медицинское обследование с учетом краевой патологии.

391. При установлении падежа грызунов немедленно сообщить об этом в специализированное противоэпидемическое учреждение и старшему начальнику медицинской службы для проведения мероприятий, предусмотренных специальными инструкциями.

Особенности лечебно-профилактического обеспечения войск в условиях горно-высотной местности

392. К особенностям горно-высотной местности, которые могут неблагоприятно повлиять на здоровье человека, относятся:

— пониженное атмосферное давление и вследствие этого низкое парциальное давление кислорода;

— низкая температура воздуха, особенно ночью, со значительными годовыми и суточными колебаниями на больших высотах;

— сильное солнечное излучение, богатое ультрафиолетовой частью спектра;

— ослепляющее действие снежной поверхности;

— сильно охлаждающее действие ветра на гребнях и перевалах;

— горный рельеф с большими крутостями, преодоление которых связано со значительным физическим напряжением.

393. Для горно-высотной местности характерны следующие возможные заболевания:

— горная, или высотная, болезнь;

— ожоги солнечными лучами кожных покровов, слизистых оболочек глаз, фотодерматозы;

— травматические повреждения и потертости;

— простудные заболевания и отморожения.

394. Войска, выведенные в высокогорную местность, должны хорошо знать ее особенности и быть готовыми к

преодолению специфических трудностей при сохранении высокой боевой готовности.

Для этого личный состав должен иметь хорошую тренировку в условиях высокогорья, быть акклиматизированным к высоте и иметь специальное оснащение для действий в высокогорье.

395. Приспособление организма к горно-высотной местности происходит постепенно (обычно в течение 7—10 дней), поэтому мероприятия по закаливанию и физической тренировке должны проводиться на всех этапах боевой подготовки.

396. Важнейшей задачей медицинской службы горно-стрелковых войск должно быть особое наблюдение в течение периода акклиматизации за динамикой физического состояния личного состава войск и особенно пополнения, прибывшего в непривычные для него климатические условия (наблюдение за общим самочувствием военнослужащих, за сердечно-сосудистой системой, весом тела, жалобами и т. д.).

397. Старший врач части (начальник медицинской службы соединения) перед выходом части в высокогорную местность (лагерь, учение) должен:

— заблаговременно получить сведения через службу погоды или путем опроса местного населения о климате местности (района) предстоящего пребывания войск (высота над уровнем моря, суточная и годовая температура, движение воздуха, количество осадков и т. д.);

— получить сведения о санитарно-эпидемическом состоянии будущего района размещения части;

— принять участие в рекогносцировке путей и района размещения части;

— изучить со всем личным составом медицинской службы особенности пребывания войск в горно-высотных условиях и задачи медицинской службы;

— провести тщательный медицинский осмотр личного состава, освободив от участия в походе лиц, физически ослабленных и страдающих хроническими заболеваниями органов дыхания и кровообращения;

— принять участие в организации тренировок и закаливания личного состава, которому предстоит действовать в горах, постепенно приучая его организм к работе на больших высотах, и контролировать проведение их;

— выработать рациональный распорядок дня, обеспечи-

вающий полноценный отдых, режим передвижения, питания и питья;

— укомплектовать подразделения медицинской службы медицинским составом и оснастить его средствами сбора, выноса и вывоза заболевших, медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом с учетом возможного временного стационарного лечения заболевших на месте; особое внимание обратить на обеспечение медицинских пунктов сердечными средствами, кислородом и средствами обогрева; утеплить санитарно-транспортные средства;

— предусмотреть усиление подразделений, находящихся в отрыве от части, медицинскими силами и средствами для самостоятельного медицинского обслуживания личного состава;

— укомплектовать спасательную команду, организуемую командиром части, наиболее подготовленным и физически выносливым медицинским персоналом во главе с фельдшером;

— обеспечить личный состав части очками-консервами, индивидуальными перевязочными пакетами и мазью против ожогов;

— проверить обеспеченность личного состава запасным теплым бельем, запасными портянками, перчатками, шапками, флягами с водой и носимым запасом продовольствия;

— учитывая редкую населенность высокогорного района, предусмотреть развертывание обогревательного и медицинского пунктов в палатках;

— провести с личным составом беседу на тему «Влияние некоторых факторов, снижающих адаптацию к высотной местности».

398. Медицинское обеспечение горного марша организуют и проводят в соответствии с требованиями Руководства по санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому обеспечению войск Советской Армии, 1957 г.

399. При выборе района размещения части в высокогорье медицинская служба должна принять участие в рекогносцировке местности, чтобы не допустить кратковременного размещения или разбивку лагеря в опасных местах (в районах камнепадов, возможных снежных лавин, на низких берегах рек или в районе водостоков, на скатах крутизной более 12°).

Площадку для разбивки лагеря выбирать вблизи дорог или троп. Пути подхода к медицинским пунктам пикетиро-

вать, а в опасных местах, особенно на ночь, выставлять регулировочный пост.

400. Старший врач части, организуя медицинское обеспечение части, находящейся в высокогорной местности, должен в комплексе лечебно-профилактических мероприятий особо предусмотреть мероприятия по:

— профилактике отморожений, простудных заболеваний и озноблений;

— профилактике ожогов, заболеваний глаз, ЛОРорганов и зубов;

— предупреждению среди личного состава зобной болезни; войска, расположенные в неблагополучных по зобу районах, должны быть обеспечены йодированной солью;

— профилактике теплового удара, потницы и грибковых поражений стоп;

— контролю за организацией тренировок и закаливанию личного состава;

— оказанию медицинской помощи больным, страдающим горной болезнью.

ГЛАВА XI

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛИЧНОГО СОСТАВА АВИАЦИОННЫХ ЧАСТЕЙ СОВЕТСКОЙ АРМИИ И ВОЕННО-МОРСКОГО ФЛОТА

Общие указания

401. Лечебно-профилактическое обеспечение летного состава определяется особенностями его работы, основными из которых являются:

— быстрые и резкие изменения атмосферных условий, возникающие в полете (перепады температуры воздуха, понижение и перепад барометрического давления, падение парциального давления кислорода);

— высокие степени ускорений, главным образом при пикировании, фигурных полетах и катапультировании;

— значительная эмоционально-психическая напряженность, особенно при полетах в сложных метеорологических условиях, ночью и при полетах над горами, водными, лесными массивами;

— утомление при дальних беспосадочных полетах.

402. Лечебно-профилактическое обеспечение технического состава авиационных частей определяется следующими основными особенностями его работы:

— вынужденной неудобной рабочей позой (работа долгое время в согнутом положении, на животе, спине) во время ремонта самолета и ухода за ним;

— возможностью переохлаждения организма и отморожений лица, рук и ног на аэродроме зимой и перегревания тела летом;

— использованием горючих и смазочных материалов, способствующих возникновению дерматитов, фурункулеза и других заболеваний кожи;

— возможным острым и хроническим отравлением тетраэтилсвинцом, применяемым в виде этиловой жидкости, и этилированным бензином, охлаждающей жидкостью В-2, а также токсическими жидкостями, применяемыми в качестве топлива в самолетах со сверхзвуковой скоростью полета;

— возможным нахождением в сфере действия электромагнитных волн ультравысокочастотного поля неэкранированных или плохоэкранированных радиолокационных установок и вблизи волноводов и антенн.

403. Лечебно-профилактическое обеспечение летного состава авиационной части или учебного заведения, осуществляемое врачом части, включает:

— периодические медицинские осмотры и обследования летного состава строевых частей и курсантов (слушателей) военных авиационных училищ согласно существующим специальным инструкциям;

— необходимые подготовительные мероприятия к очередному освидетельствованию во врачебно-летной комиссии летного состава, курсантов (слушателей); участие в ее работе и контроль за своевременным прохождением свидетельствуемых;

— лечебно-профилактические мероприятия, назначенные летному и техническому составу при осмотрах, обследованиях и освидетельствованиях;

— предполетный опрос и осмотр и своевременное отстранение от полетов, тренировочных парашютных прыжков (катапультирований) лиц летного состава (курсантов и слушателей), жалующихся на плохое самочувствие, заболевших, реконвалесцентов, утомленных;

— наблюдение в ходе учебно-боевой подготовки за переносимостью лицами летного состава и курсантами перегрузок при ускорениях, высотных полетах, длительных перелетах, полетах в сложных метеорологических условиях, ночных полетах;

— участие в высотных испытаниях летного состава с целью выявления степени переносимости понижения и перепадов барометрического давления, понижения парциального давления кислорода и умения пользоваться кислородно-дыхательной аппаратурой;

— изучение условий труда летного состава, его рабочего места, специального снаряжения, специального обмундирования и принятие своевременных мер по устранению недостатков;

— проведение занятий с летным составом по вопросам авиационной физиологии, гигиены, оказания само- и взаимопомощи; проверка знаний им правил эксплуатации специального снаряжения, кислородных приборов, пользования техническими жидкостями, имеющими токсические свойства (антидетонирующие добавки, охлаждающая жидкость В-2 и др.);

— оказание скорой медицинской помощи на аэродроме и вне его экипажу самолета при летных происшествиях;

— амбулаторное лечение летного состава на медицинском пункте;

— направление больных на консультацию, стационарное обследование и лечение в лазарет авиатехнической части, гарнизонный лазарет, госпиталь, клиники и больницы;

— оказание лечебной помощи на дому офицерам и генералам;

— отбор и направление личного состава по медицинским показаниям в санатории, дома отдыха и ночные санатории.

404. Для обеспечения безопасности полетов врач авиационной части, кроме того, обязан:

— ознакомиться с плановой таблицей полетов, характером и интенсивностью летной работы с тем, чтобы принять индивидуальные профилактические меры по рациональной нагрузке летного состава и отстранить от полетов лиц, которые по состоянию здоровья не могут быть допущены к полетам;

— проверять проведение летным составом необходимых подготовительных предполетных мероприятий, обеспечивающих сохранение работоспособности в полете;

— осуществлять регулярный медицинский контроль за питанием летного состава и за соответствием пищевого рациона условиям и характеру летной работы;

— находиться на аэродроме во время полетов и парашютных прыжков и докладывать командиру части о состоянии здоровья летного состава до и после полетов (прыжков);

— принимать необходимые меры для повышения выносливости организма летного состава к полетам, используя для этого в первую очередь физическую подготовку; осуществлять повседневный контроль за ее проведением;

— принимать участие в разработке планов и программ по учебно-боевой подготовке;

— участвовать в выборе и подгонке специального снаряжения, в первую очередь кислородных масок, противоперегрузочных устройств, высотно-спасательных устройств;

— участвовать в разработке распорядка дня летного и курсантского состава, проверять точность его проведения с целью обеспечения рационального чередования труда, отдыха и режима питания;

— проверять проведение мероприятий, обеспечивающих защиту летного состава, находящегося на аэродроме, от жары и холода (тенты, домики, души), а также направленных на сохранение сил летного состава перед полетами (доставка на аэродром на автомобилях, недопущение пребывания его на аэродроме сверх установленного наставлениями времени);

— подвергать тщательному анализу каждое летное происшествие или предпосылки к нему, связанные с состоянием здоровья, давать им правильную оценку и докладывать командиру части о необходимых мероприятиях.

405. Для обеспечения работы технического состава врач авиационной части обязан:

— систематически контролировать соблюдение техническим составом при работе правил безопасности с целью сохранения здоровья и предупреждения возникновения заболеваний и травм. Под особым наблюдением должны находиться лица, работающие с токсическими жидкостями и на радиотехнических установках;

— следить за тем, чтобы технический состав имел перчатки, теплую обувь и одежду во время работы на морозе, а на аэродроме были устроены места для обогревания; ле-

том, особенно в южных округах, добиваться проведения мероприятий по профилактике перегревания тела (устройство на аэродромах душей, тентов и т. п.);

— проводить регулярные медицинские осмотры и обследования технического состава с целью выявления ранних признаков заболеваний и своевременного проведения лечебно-профилактических мероприятий;

— обеспечивать рабочие места технического состава на стоянках самолетов аптечками первой помощи и пополнять их по мере расходования.

Медицинское обеспечение высотных полетов

406. Для успешного выполнения высотных полетов врач части должен добиваться, чтобы:

— ночной сон летного состава продолжался не менее 7—8 часов;

— прием пищи был за 1½—2 часа до вылета (вылет натощак или сразу после приема пищи запрещается); промежутки между приемами пищи были не более шести часов; в день высотного полета и накануне из пищи должны быть исключены продукты, вызывающие метеоризм (фасоль, горох, редька, перловая каша, черный хлеб, фрукты в большом количестве, газированные напитки); кроме того, врач должен обратить особое внимание на витаминную полноценность пищи и запретить прием алкоголя в любом виде;

— летный состав освобождался от утомительной напряженной работы в дни высотных полетов;

— экипаж, летное снаряжение и обмундирование доставлялись к месту стоянки самолетов;

— время пребывания летного состава у самолета или на старте перед вылетом было сокращено до минимума;

— специальное обмундирование и специальное снаряжение соответствовали характеру выполняемого задания, а кислородные маски и высотно-спасательные устройства были тщательно подогнаны.

407. К выполнению высотного полета допускаются только те лица летного состава, которые прошли высотные испытания согласно пункту 52 Наставления по производству полетов, 1957 г. (НПП-57), усвоили элементарные сведения по физиологии и гигиене высотного полета, правила пользования кислородными приборами, изучили спасательные мероприятия при летных происшествиях на больших высотах.

408. Высотные испытания в барокамерах должны производиться согласно существующим указаниям. Особое внимание необходимо уделять лицам, поднимающимся на высоты, превышающие 8000 *м*. Лиц летного состава, перенесших тяжелые заболевания, травмы и летные происшествия, которые могли отразиться на состоянии их здоровья, к высотным полетам и испытаниям в барокамере допускают только после освидетельствования во врачебно-летной комиссии.

409. От высотных полетов и испытаний в барокамере летный состав временно освобождают при воспалении верхних дыхательных путей, бронхите, желудочно-кишечных расстройствах, баротравме, повышенной температуре тела, головной боли, явлениях общей слабости, нерезко выраженных явлениях психического угнетения, при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний.

Кроме того, от полетов и испытаний в барокамере временно освобождают лиц, нарушивших установленный режим труда и отдыха.

Медицинское обеспечение полетов, связанных с воздействием ускорений

410. Для обеспечения успешного выполнения полетов, связанных с воздействием на организм ускорений, особенно при фигурных полетах, пикировании и катапультировании, необходимо особое внимание обращать на проведение мероприятий, предусмотренных ст. 406.

Эти мероприятия следует выполнять независимо от высоты, на которой будут совершаться полеты, связанные с ускорениями.

411. Врач части временно освобождает от полетов, связанных с перегрузками, лиц, перенесших незадолго до этого какие-либо острые заболевания.

В дальнейшем эти лица перед допуском к полету должны быть подвергнуты тщательному врачебному осмотру с обязательной оценкой состояния нервной и сердечно-сосудистой системы.

При повышенной лабильности сердечно-сосудистой системы летный состав временно освобождают от полетов, связанных с перегрузками.

412. После полетов врач опрашивает летчика о самочувствии в момент воздействия перегрузок и после них. Для суждения о переносимости перегрузок врач части может

использовать также оценку непосредственного начальника о качестве выполненного задания. При неудовлетворительной переносимости летчиком отдельных фигур пилотажа, расстройстве сна, повышенной раздражительности, возникновении стойких вегетативных явлений, его от данного вида полетов временно освобождают.

413. С целью сохранения летным составом работоспособности, позволяющей эффективно совершать сложный пилотаж, врач части должен добиваться проведения ряда мероприятий, повышающих устойчивость организма к влиянию ускорений (физическая подготовка, специальная тренировка, упорядочение режима труда и отдыха, характер питания и т. п.) и облегчающих организму возможность переносить перегрузки (противоперегрузочные устройства, оптимальная рабочая поза и т. п.).

414. Для обеспечения тренировочных катапультирований и парашютных прыжков необходимо:

— провести медицинский отбор;

— проверить умение принимать необходимую рабочую позу при катапультировании, приземлении и т. п.; проверить надежность и правильность фиксации тела привязными ремнями, подгонку катапультного сиденья по росту, правильность размещения парашюта на сиденье, правильность подгонки снаряжения и обуви;

— добиться создания такой организации катапультирования и прыжков, которая исключала бы моменты, вызывающие отрицательные эмоции у тренирующихся;

— наблюдать за режимом труда, отдыха и питания.

Лица, у которых перед посадкой в самолет или в самолете обнаружена резкая заторможенность (угрюмый, озабоченный, сосредоточенный вид, скованность движений, бледность, расширенные зрачки или закрытые глаза, цепкое держание за какие-либо части самолета) или, наоборот, выраженная степень волнения, отстраняются от прыжка.

Одно учащение пульса до 120—130 ударов в минуту не является противопоказанием к прыжку.

Медицинское обеспечение полетов, проводимых в сложных метеорологических условиях

415. Для медицинского обеспечения полетов, проводимых в сложных метеорологических условиях, помимо выполнения всего комплекса мероприятий, проводимых при обычных полетах, врач части должен:

— выявлять в ходе учебно-боевой подготовки и на медицинских осмотрах лиц с повышенной возбудимостью вестибулярного аппарата и принимать в отношении их необходимые меры (лечение, отдых, направление на врачебно-летную комиссию и т. п.);

— осуществлять гигиенический контроль за состоянием остекления кабин самолетов (степень прозрачности), состоянием шкал аэронавигационных приборов с целью устранения дефектов, мешающих нормальному зрительному восприятию;

— систематически разъяснять летному составу физиологические механизмы возникновения вестибулярных и зрительных иллюзий, подчеркивать роль аэронавигационных приборов в определении пространственного положения самолета.

Медицинское обеспечение ночных полетов

416. При медицинском обеспечении ночных полетов, кроме мероприятий, осуществляемых при обеспечении дневных полетов, врач части должен в подготовительном периоде провести:

— врачебный осмотр всего летного состава, который будет принимать участие в ночных полетах, с исследованием у него ночного зрения по принятой в Советской Армии методике; к ночным полетам допускается летный состав, по состоянию здоровья отвечающий установленным требованиям;

— занятия с летным составом по физиологии и гигиене ночного полета;

— проверку освещения служебных помещений, кабины самолета и старта.

417. Освещение помещения, в котором находится летный состав перед полетом, должно быть устроено таким образом, чтобы в поле зрения готовящихся к полету лиц не было открытых нитей накаливания электрических ламп или пламени керосиновой лампы; все источники света должны быть закрыты абажурами так, чтобы свет падал только на рабочую часть стола, степень освещения которого должна обеспечивать чтение и письмо без напряжения зрения.

Освещение кабины должно быть достаточным для того, чтобы можно было быстро и без напряжения различать показания приборов и в то же время оно не должно мешать видеть предметы, находящиеся вне кабины; на прозрачной

части фонаря кабины не должно быть бликов и зеркальных отражений.

418. Стартовые источники света на аэродроме должны быть устроены и расположены таким образом, чтобы яркий пучок света не попадал в глаза летному составу, готовящемуся к вылету. Лица стартового наряда, особенно водители автомобилей, обслуживающие полеты, и прожектористпосадочного прожектора должны знать, что яркий свет, попадающий в глаза членов экипажа, ухудшает способность видеть в темноте и тем самым снижает их боеспособность. Луч прожектора, направленный в глаза летчику, ведущему самолет на посадку, ослепляет его, что может привести к аварии.

В целях предохранения глаз от случайных засветов при выходе из помещения следует рекомендовать надевать очки-светофильтры, которые перед полетом снимаются.

Для повышения ночного зрения целесообразно перед ночным полетом делать легкую физическую зарядку.

В отдельных случаях при длительном полете (не менее 5—6 часов) назначают стимуляторы (кофеин, фенамин и др.) обязательно с учетом индивидуальной чувствительности летчиков к этим препаратам.

Медицинское обеспечение длительных высотных полетов

419. При медицинском обеспечении длительных высотных полетов, помимо осуществления мероприятий, предусмотренных для высотных и ночных полетов, врач части должен проверить выполнение следующих требований:

— освобожден ли летный состав от утомительной работы и дежурств накануне и в день полета;

— тщательно ли подогнаны кислородные маски и выбракованы ли маски, в обтюраторе которых имеются даже небольшие складки;

— обеспечены ли поочередным отдыхом (сном) члены экипажа в полете; если это невозможно, члены экипажа должны периодически производить активные движения с глубоким вдохом и выдохом, чтобы снять явления утомления и сонливость.

При полетах на больших высотах питание должно производиться согласно особым указаниям.

Особенности медицинского контроля за физическим состоянием летного состава и мероприятий по его укреплению

420. Медицинский контроль за физическим состоянием летного состава должен быть непрерывным и преследовать цель — сохранить на должном уровне здоровье летного состава, необходимую выносливость и работоспособность его в полете.

Старший врач части контролирует физическое состояние летного состава и проводит мероприятия по его укреплению применительно к указаниям главы II части первой настоящего Руководства. При этом он особо учитывает, что малейшие изменения в физическом состоянии лиц летного состава, которые могут отрицательно отразиться на его работе, должны быть своевременно выявлены; нуждающиеся обеспечены необходимыми лечебно-профилактическими мероприятиями.

421. Наблюдение за физическим состоянием вновь прибывающих в часть начинается с изучения их медицинских и служебных документов, а также личной беседы с ними.

Знакомясь с личным делом, старший врач части обращает особое внимание на аттестации, в которых даются также сведения и о состоянии здоровья вновь прибывшего, его выносливости в полете и т. п.

При отсутствии в штабе части личного дела старший врач части временно ограничивается беседой с вновь прибывшим и с его непосредственным начальником.

При изучении медицинских документов лиц летного состава старший врач части обращает внимание: на анамнез, перенесенные заболевания в прошлом, боевые и небоевые повреждения; на результаты очередных и внеочередных врачебных осмотров и освидетельствования во врачебно-летных комиссиях; на результаты специальных тренировок; на обнаруженные при последнем осмотре или переосвидетельствовании отклонения в состоянии здоровья; на характер рекомендованных профилактических мероприятий и степень выполнения их к данному моменту.

Кроме того, необходимо собрать сведения о предыдущей летной работе: о количестве часов налета, об участии в Великой Отечественной войне, о происшествиях (авариях, вынужденных посадках, вынужденных прыжках с парашютом), самочувствии в полете, случаях отстранения в прошлом от полетов по состоянию здоровья.

Заключительным и обязательным этапом ознакомления с прибывшим летным составом является медицинский осмотр.

422. Специальные медицинские осмотры летного состава проводятся раз в три месяца по плану, утвержденному командиром части.

Первый после очередного освидетельствования медицинский осмотр летного состава проводит врач части.

При втором осмотре врач части с участием врачей-специалистов лабораторий авиационной медицины или специалистов отделений врачебной экспертизы летного состава окружных и гарнизонных госпиталей — терапевта и невропатолога — осуществляет углубленное медицинское обследование летчиков. Весь прочий летный состав проходит осмотр у врача части.

Третий медицинский осмотр проводит врач части.

Ежеквартальные медицинские осмотры летчиков 35-летнего возраста и старше, работающих в транспортной авиации, перевозящей пассажиров, проводит врач части с участием терапевта и невропатолога и обязательно с выполнением электрокардиографического исследования.

Периодическим медицинским осмотрам врач части подвергает лиц с заболеваниями, требующими систематического врачебного наблюдения.

Медицинские осмотры курсантов авиационных школ и училищ осуществляет ежеквартально врач части (приказ Министра обороны Союза ССР № 156 1958 г.).

423. При медицинских осмотрах особое внимание нужно обращать на жалобы. Во всех случаях врач опрашивает проходящего медицинский осмотр, как он переносит различные виды полетов (высотные, фигурные, длительные, ночные и пр.). При отсутствии жалоб на состояние здоровья во время объективного обследования ограничиваются взвешиванием, общим терапевтическим осмотром с обязательным измерением артериального давления и подсчетом пульса в положениях сидя и стоя (функциональные пробы сердечно-сосудистой системы с нагрузкой и проба с U-образным манометром производятся в случаях лабильности сердечно-сосудистой системы). При неврологическом обследовании обращается внимание на симптомы сосудисто-вегетативной лабильности. У курсантов, кроме того, определяют остроту зрения.

При наличии жалоб объем исследования расширяется в зависимости от содержания жалоб: проводят лабораторные

исследования, назначают консультаций со специалистами, освидетельствование во врачебно-летной комиссии. Устанавливая явления утомления на основании жалоб (пониженная работоспособность, расстройство сна, головная боль, слабость, потеря аппетита и т. д.) и данных объективного исследования (начинающееся падение веса тела, учащение пульса, падение артериального давления, появление признаков начинающейся астении), старший врач в зависимости от причин, вызвавших утомление, временно, на срок до 7 дней, освобождает таких лиц от полетов. В более выраженных случаях утомления назначает необходимое лечение.

424. Медицинские освидетельствования проводятся для выявления лиц, не способных продолжать летную работу по состоянию здоровья, а также лиц, нуждающихся в тех или иных специальных лечебно-профилактических мероприятиях, в изменении характера и режима работы и т. п.

425. Летный состав подвергается медицинскому освидетельствованию во врачебно-летных комиссиях один раз в год, в период с 15 августа по 15 ноября.

426. Методика освидетельствования летного состава определяется специальными указаниями.

427. На основании данных освидетельствования, дополненных материалами других видов наблюдения за физическим состоянием летного состава, старший врач части разрабатывает план необходимых лечебно-профилактических мероприятий и после утверждения его командиром части приступает к их реализации.

428. Среди мероприятий, направленных на укрепление физического состояния летного состава, особое место занимает регулярная физическая подготовка. Поэтому старший врач части, помимо обязанностей, возложенных на него главой III части первой настоящего Руководства, должен:

— контролировать процесс и методику тренировки летного состава на специальных видах снарядов (вращающиеся качели, гимнастические колеса, центрифуга и т. п.) и при выполнении специальных комплексов физических упражнений;

— изучать эффективность применяемых упражнений для повышения выносливости летного состава к перегрузкам, перепадам барометрического давления, недостатку кислорода, к длительным полетам.

429. Помимо наблюдения за физическим состоянием всего летного состава, старший врач части ведет специальное изучение лиц, допущенных к летной работе в индивидуальном

порядке, лиц, имеющих какие-либо заболевания, не препятствующие летной работе, лиц, восстановленных на летной работе после длительного лечения, а также лиц, отстающих по состоянию здоровья в боевой подготовке. Цель такого изучения:

— выяснить влияние на организм этих лиц различных видов летной нагрузки;

— регулировать степень и характер летной нагрузки;

— выявить причины отставания в учебной подготовке и в полетах;

— организовать специальные виды наземных тренировок для нуждающихся в них;

— накопить материал для уточнения медицинских требований к физическому состоянию летного состава по различным родам авиации.

430. Методика изучения летного состава в каждом случае должна быть индивидуальной как по содержанию, так и по сроку. Например, при изучении летчика с пониженной остротой зрения нужно уточнить качество совершаемых им посадок, полета строем, пользование картой, периодически проверять остроту его зрения; у радиста с пониженным слухом, допущенного врачебно-летной комиссией к летной работе, следует изучать качество работы по специальности, динамику слуховой функции в полетах и после них; у летчика с периодической гипертензией — проверять артериальное давление до и после полетов, в различные периоды дня и дни недели, собирать данные о работоспособности его в полете, способность переносить различные виды летной нагрузки и т. д.

431. Данные, полученные при наблюдении за физическим состоянием летного состава, заносят в медицинскую книжку и учитывают в медицинской характеристике, которую старший врач части составляет при направлении наблюдаемого на внеочередное переосвидетельствование во врачебно-летную комиссию.

432. Лаборатории и кабинеты авиационной медицины обязаны помогать врачам частей в организации систематического медицинского контроля за физическим состоянием летного состава.

Медицинское обеспечение аэродрома

433. Основной задачей медицинского обеспечения аэродрома является оказание скорой медицинской помощи пострадавшим или заболевшим во время полетов и во время

работы с материальной частью. Для этого на аэродроме выставляется медицинский пост, на котором постоянно должен дежурить медицинский состав.

Дежурный медицинский состав назначается старшим врачом авиационно-технической части. В строевом отношении дежурный медицинский состав подчиняется руководителю полетов.

434. Для медицинского поста аэродрома выделяется санитарный автомобиль, снабженный имуществом, необходимым для оказания первой помощи (носилки, перевязочный материал и т. д.), а также для освобождения пострадавшего из-под обломков самолета (по специальному перечню).

Медицинский пост аэродрома находится на месте, указанном в специальных наставлениях, в отдельных случаях на месте, указанном дежурным по полетам. Ночью у медицинского поста на аэродроме вывешивается фонарь с крестом красного цвета.

435. При авариях и вынужденных посадках дежурный по медицинскому посту аэродрома обязан:

— немедленно выехать к месту происшествия. В случае если происшествие произошло вне аэродрома, поставить начальника медицинской службы в известность о своем убытии и о необходимости выслать на аэродром запасную машину и дежурного;

— при отсутствии сведений о месте вынужденной посадки самолета принять участие в розысках, организуемых командованием, с тем чтобы быстрее оказать возможную медицинскую помощь экипажам самолетов.

Если высылка автомашины или санитарного самолета к месту аварии или вынужденной посадки невозможна, начальник медицинской службы авиагарнизона обязан всеми доступными средствами известить о происшедшей аварии ближайших по местонахождению медицинских начальников лечебных учреждений. Последние оказывают пострадавшим необходимую медицинскую помощь и обеспечивают их эвакуацию.

436. При обеспечении гидроаэродрома дежурный медицинский работник должен находиться на катере. В набор медицинского имущества должно быть включено все необходимое для спасания утопающих, обогревания их и оказания им первой медицинской помощи.

Для целей эвакуации пострадавших в лечебное учреждение, при необходимости, на берегу должна находиться санитарная машина.

Экипажи самолетов, совершающих полеты над морем, обеспечиваются индивидуальными средствами спасания. Сюда относятся спасательные жилеты, надувные лодки и соответствующее оснащение (аптечки, пищевые продукты, средства сигнализации и пр.). Поиск, организация спасания и оказание первой помощи экипажам самолетов, потерпевшим аварию над морем, будут производиться, как правило, силами и средствами аварийно-спасательной эскадрильи ВВС флота, в штат которой входит врач. Последний обеспечивает на самолетах все необходимое для извлечения пострадавших из воды и оказания им (в самолете) первой медицинской помощи.

Экипажи самолетов, потерпевших бедствие над морем вдали от берегов, могут быть также подобраны катером, подводной лодкой или каким-либо судном, оказавшимся вблизи места приводнения. В этих случаях пострадавших будут направлять с пристани в ближайшее лечебное учреждение военно-морской базы, флота или округа.

Дальнейшая эвакуация производится в зависимости от тяжести повреждений и транспортабельности пострадавших.

Возможность длительного пребывания в воде на спасательных средствах должна учитываться медицинской службой при организации поисков, спасания и подачи первой медицинской помощи пострадавшим.

Подготовка летного состава по вопросам авиационной медицины, само- и взаимопомощи

437. Медицинская подготовка летного состава должна обеспечить:

— правильные представления у летного состава о физиологических и гигиенических особенностях его труда на современных самолетах, о влиянии различных видов летной работы на организм, о требованиях к организму, предъявляемых летной деятельностью;

— усвоение летным составом физиолого-гигиенических требований к режиму труда, отдыха, питания, рабочему месту, специальному снаряжению и обмундированию, усвоение способов и правил сохранения работоспособности в полете, жизни при аварийной ситуации в полете, усвоение методов и приемов, повышающих сопротивляемость организма к перегрузкам, к недостатку кислорода, к понижению и перепадам барометрического давления;

— практическое усвоение правил само- и взаимопомощи при несчастных случаях.

Медицинская подготовка должна проводиться в виде классных занятий по специально утвержденной программе и с максимальным использованием наглядных пособий.

Особенности лечебно-профилактического обеспечения личного состава радиолокационных станций

438. Лечебно-профилактическое обеспечение личного состава радиолокационных станций определяется особенностями его работы, основными из которых являются:

— работа в затемненном помещении;

— тонкая дифференцировка сигналов на экране;

— значительный шум;

— резкие колебания температуры воздуха в рабочем помещении;

— наличие вредных примесей в воздухе рабочего помещения;

— возможное воздействие сверхвысокочастотного электромагнитного поля и рентгеновского излучения.

439. Лечебно-профилактическое обеспечение личного состава радиолокационных станций осуществляется врачом части (корабля) и включает: текущее медицинское наблюдение, систематические медицинские осмотры, периодическое медицинское обследование, а также плановое медицинское освидетельствование.

Целью этих мероприятий является:

— раннее выявление ухудшения состояния здоровья и работоспособности;

— выявление и принятие мер к устранению всех неблагоприятных факторов, отрицательно действующих на состояние здоровья лиц, работающих на радиолокационной аппаратуре, а также проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья личного состава радиолокационных станций;

— улучшение условий труда, отдыха и быта личного состава радиолокационных станций;

— представление материалов в военно-врачебную (медицинскую) комиссию для решения вопроса о годности к дальнейшей работе на радиолокационной аппаратуре.

440. Медицинское наблюдение за военнослужащими, работающими на радиолокационных станциях, осуществляется согласно «Инструкции по текущему медицинскому наблюдению за личным составом радиолокационных станций, подвергающимся воздействию сверхвысокочастотного электро-

магнитного поля» путем проведения регулярных медицинских осмотров врачами соединений, частей, кораблей, лечебных учреждений и ежегодных плановых контрольных освидетельствований.

441. Медицинские осмотры военнослужащих радиолокационных станций проводятся врачом части (корабля) по плану, утвержденному командиром части (корабля).

При медицинских осмотрах военнослужащих радиолокационных станций следует обращать внимание на физическое развитие, функциональное состояние внутренних органов, органов чувств и особенно на состояние нервной и сердечно-сосудистой систем и органа зрения.

На основании данных медицинских осмотров врач части (корабля) устанавливает временные противопоказания к работе по специальности; при выявлении недостатков в состоянии здоровья у этих лиц проводит тщательное исследование с привлечением врачей-специалистов (невропатолога, окулиста, терапевта и др.) или направляет нуждающихся на стационарное обследование; в случае необходимости представляет на внеочередное освидетельствование в гарнизонной (базовой) военно-врачебной комиссии.

Результаты медицинских осмотров с целью изучения изменений состояния здоровья военнослужащих, работающих на радиолокационных станциях, заносятся в медицинскую книжку.

442. Военнослужащие, работающие на радиолокационных станциях, подвергаются медицинскому освидетельствованию в военно-врачебных (медицинских) комиссиях по плану, утвержденному командованием, не реже одного раза в год с целью определения пригодности к дальнейшей работе на радиолокационных станциях.

Медицинское освидетельствование в комиссии производится при обязательном участии врача части (корабля), знакомящего врачей-специалистов с медицинской и служебной характеристиками свидетельствуемого.

При медицинском освидетельствовании военно-врачебные (медицинские) комиссии руководствуются приложением 3 приказа Министра обороны № 110 от 20 июля 1956 г.

Заключения о годности военнослужащих к продолжению работы на радиолокационных станциях военно-врачебные (медицинские) комиссии должны выносить в порядке индивидуальной оценки, принимая во внимание не только состояние здоровья свидетельствуемого, но стаж и опыт его

работы, выполняемые обязанности и фактическую приспособленность к работе при наличии тех или иных недостатков.

ГЛАВА XII

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛИЧНОГО СОСТАВА НА КОРАБЛЯХ В ПОВСЕДНЕВНЫХ УСЛОВИЯХ

Общие указания

443. Цели, задачи и общие принципы организации лечебно-профилактического обеспечения личного состава Военно-Морского Флота в целом соответствуют требованиям для Советской Армии, изложенным в настоящем Руководстве.

444. Лечебно-профилактическое обеспечение на кораблях имеет свои особенности, обусловленные спецификой условий труда и быта личного состава, необходимостью овладения им сложной корабельной и боевой техникой.

445. Особенностями условий службы на корабле, которые могут отрицательно влиять на физическое состояние личного состава, являются:

— резкая смена температурных и прочих метеорологических факторов (работа личного состава на верхней палубе, в машинных отделениях, нахождение корабля в крайних широтах);

— наличие вредных газов в некоторых помещениях корабля;

— шумы и вибрации (особенно на торпедных катерах и других малых быстроходных кораблях);

— качка корабля в море (особенно в штормовую погоду);

— частые и значительные изменения атмосферного давления (подводные лодки, работа водолазов);

— длительность пребывания корабля в море в отрыве от базы;

— скученность размещения личного состава.

446. Перечисленные условия службы на корабле, требующие от личного состава хорошего физического состояния и большой выносливости, обязывают медицинскую службу корабля, военно-морской базы и медицинскую службу

флота в целом производить тщательный отбор прибывающего на флот пополнения и последующий систематический медицинский контроль за физическим состоянием принятых на флот контингентов в течение всего периода их службы на кораблях.

447. Из состава поступившего пополнения производится отбор для обучения по специальностям: подводников, водолазов, радиометристов, радиотелеграфистов, гидроакустиков, дальномерщиков, рулевых, сигнальщиков, комендоров, трюмных машинистов, торпедистов и др. Отбор производится медицинскими комиссиями, работающими под руководством военно-врачебной комиссии флота. При решении вопроса о годности отбираемых кандидатов к обучению перечисленным специальностям медицинские комиссии руководствуются действующими приказами и инструкциями.

448. Лица, зачисленные в школы специалистов матросского и старшинского состава, помимо предусмотренных для личного состава Советской Армии медицинских осмотров и обследований, проходят дополнительные периодические контрольные обследования:

— по окончании первого месяца обучения (лица, слабо успевающие) — с целью выяснения причин, отрицательно влияющих на обучение;

— за две недели до окончания обучения (все выпускники школ) — с целью получения данных о влиянии условий быта и учебы в школе на физическое состояние учеников и для помощи командованию в правильном распределении специалистов для дальнейшего прохождения службы на подводных лодках, торпедных катерах, надводных кораблях и в частях береговой обороны.

449. В дальнейшем медицинский контроль за специалистами матросского и старшинского состава Военно-Морского Флота осуществляется в течение всего периода их службы на кораблях (в частях) путем:

— ежегодных переосвидетельствований — с целью проверки профессиональной годности специалистов (подвергаются специалисты кораблей и частей береговой обороны, а также весь личный состав подводных лодок и торпедных катеров);

— внеочередных освидетельствований — при возникновении заболеваний и состояний, отрицательно влияющих на выполнение служебных обязанностей по специальности.

450. О результатах медицинского обследования специалистов, о целесообразности прохождения матросами и стар-

шинами дальнейшей службы по своей специальности и о необходимости проведения лечебно-профилактических мероприятий начальник медицинской службы корабля (части) докладывает командованию.

Данные медицинских обследований и контрольных переосвидетельствований заносят в соответствующий раздел медицинской книжки специалиста.

Медицинская служба корабля и ее задачи

451. Медицинская служба корабля обеспечивает его боеспособность путем осуществления специальных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление физического состояния офицеров, старшин и матросов, составляющих экипаж корабля, а также обеспечивает лечение заболевших и возвращение их в строй.

452. Лечебно-профилактическое обеспечение личного состава корабля складывается из:

— систематического изучения при помощи медицинских осмотров и обследований физического состояния всего личного состава корабля, своевременного выявления больных, а также своевременного проведения необходимых оздоровительных лечебно-профилактических мероприятий;

— проведения мероприятий, предупреждающих появление и распространение инфекционных заболеваний на корабле;

— осуществления непрерывного санитарно-гигиенического контроля за питанием, водоснабжением, условиями труда и быта экипажа корабля;

— обучения всего личного состава приемам оказания первой помощи пострадавшим и мерам предупреждения инфекционных заболеваний;

— привлечения всех офицеров и старшин корабля к участию в физическом, санитарном и культурном воспитании матросов;

— анализа данных о физическом состоянии, заболеваемости личного состава корабля и всей деятельности медицинской службы, состояния учета и отчетности.

453. Лечебно-профилактическую работу на кораблях организуют в соответствии с Корабельным уставом и Правилами организации медицинской службы кораблей Военно-Морского Флота.

454. Объем и характер лечебно-профилактической работы на кораблях определяются:

— рангом и классом корабля;

— санитарно-эпидемической обстановкой;

— длительностью пребывания корабля в отрыве от базы и возможностью эвакуации заболевших в береговые лечебные учреждения;

— местонахождением корабля (стоянка в базе, на открытом рейде, нахождение в походе, плавании в различных климатических условиях).

455. На кораблях 1 ранга развертывается стационар (корабельный лазарет).

На кораблях 1 и 2 рангов медицинскую службу возглавляет врач, на кораблях 3 ранга — фельдшер; на кораблях 4 ранга проведение лечебно-профилактических мероприятий осуществляет медицинская служба береговой (плавучей) базы.

Порядок проведения лечебно-профилактической работы на кораблях предусмотрен Правилами организации медицинской службы кораблей Военно-Морского Флота.

Особенности лечебно-профилактического обеспечения личного состава при нахождении корабля в доке и на ремонте

456. На период стоянки корабля в доке и на ремонте начальник медицинской службы корабля совместно с помощником командира корабля, командиром электромеханической боевой части и начальником интендантской службы разрабатывает мероприятия по обслуживанию личного состава и правила пользования корабельными системами (сточной, фановой, отопительной, вентиляционной) с учетом доковых условий и времени года.

457. В случае временного размещения личного состава в помещениях на берегу начальник медицинской службы корабля заблаговременно обследует санитарно-гигиеническое состояние выделенных помещений и прилегающей к ним территории и докладывает командиру корабля о проведении при необходимости мероприятий по их ремонту и санитарно-техническому оборудованию.

458. Перед постановкой корабля в док или на ремонт начальник медицинской службы корабля получает от начальника медицинской части завода или гарнизонного врача исчерпывающие сведения о санитарно-эпидемическом состоянии района. Свои соображения о необходимости проведения профилактических мероприятий он докладывает командиру корабля.

459. Во время нахождения корабля в доке или на ремонте начальник медицинской службы корабля осуществляет:

— усиленный санитарно-гигиенический контроль за питанием и обеспечением личного состава доброкачественной водой;

— регулярный контроль за содержанием в чистоте камбуза, столовой, бани, умывальников, гальюнов, отведенных для пользования личного состава;

— постоянное наблюдение за содержанием в чистоте территории дока и района берега, прилегающего к месту стоянки корабля;

— контроль за обеспечением личного состава корабля регулярным мытьем в бане (не менее одного раза в неделю); лицам, выполняющим грязную работу при ремонте корабля, должно быть обеспечено мытье после работы (в бане или под душем).

460. Особое внимание необходимо уделять контролю за соблюдением правил предупреждения травм при производстве ремонтных работ, а также профилактике заболеваний при работах с лаками и красками.

Особенности лечебно-профилактического обеспечения личного состава корабля при стоянке корабля на отдаленном рейде

461. Медицинское обеспечение личного состава корабля при стоянке корабля на отдаленном рейде определяется продолжительностью стоянки, характером санитарно-технического оборудования рейда и удаленностью его от береговых медицинских учреждений.

462. Санитарно-гигиенический контроль за водоснабжением, питанием, соблюдением правил личной гигиены в период стоянки корабля на необорудованном рейде должен быть усилен.

Источники водоснабжения на побережье, из которых по условиям плавания корабль вынужден принимать пресную воду, должны быть подвергнуты санитарно-гигиеническому и по возможности бактериологическому обследованию.

463. Санитарно-гигиенический контроль за питанием личного состава осуществляется в соответствии с общими положениями и инструкциями. Пищевые продукты, приобретаемые у местного населения, не должны поступать на корабль без предварительного медицинского заключения об их доброкачественности.

464. При стоянке кораблей на отдаленном рейде в составе соединения ответственность за организацию и правильное осуществление медицинских мероприятий, общих для кораблей соединения, несет флагманский врач соединения.

Особенности лечебно-профилактического обеспечения личного состава корабля во время похода

465. При организации лечебно-профилактического обеспечения личного состава корабля во время похода учитывают длительность отрыва корабля от берега, невозможность эвакуации заболевших, а следовательно, и необходимость оказания личному составу лечебной помощи на корабле в полном объеме.

466. В подготовительном периоде к походу медицинская служба корабля проводит следующие мероприятия:

— переводит нуждающихся в длительном лечении из корабельного лазарета в береговые лечебные учреждения;

— возвращает выздоровевших из береговых лечебных учреждений на корабль;

— пополняет недостающее медико-санитарное имущество с учетом установленного объема лечебно-профилактической работы, длительности и условий похода.

467. При заготовке медицинского имущества следует предусмотреть специальные укладки с наиболее необходимыми медикаментами и хирургическим инструментарием для оказания неотложной медицинской помощи.

Необходимо также предусмотреть запасы лечебных сывороток, консервированной крови и плазмозаменителей, стерильного перевязочного материала и операционного белья.

В случае предусмотренного планом посещения отдаленных или зарубежных портов флагманский врач соединения (отряда) должен выяснить эпидемическую обстановку района, наличие в этих портах лечебных учреждений.

468. В плане лечебно-профилактического обеспечения похода предусматривается, при необходимости, перераспределение медицинского состава по кораблям соединения (отряда), так как переход лиц медицинского состава с корабля на корабль во время похода весьма затруднителен.

469. Весь медицинский состав соединения (отряда) кораблей своевременно оповещается о распределении врачей-специалистов по кораблям и о порядке их использования в необходимых случаях.

470. При возникновении на корабле во время похода такого заболевания, при котором больному необходима немедленная квалифицированная помощь, а на месте оказать ее невозможно, начальник медицинской службы корабля докладывает командиру корабля о необходимости срочной эвакуации заболевшего на другой корабль или в береговое лечебное учреждение, где эта помощь может быть оказана.

471. По возвращении корабля из автономного плавания личный состав проходит медицинское обследование. При этом особое внимание уделяется группам специалистов.

Личный состав подводных лодок подвергается тщательному врачебному обследованию перед выходом в автономное плавание и после возвращения.

Особенности лечебно-профилактического обеспечения личного состава при плавании корабля в особых климатических условиях

472. Медицинское обеспечение личного состава корабля, плавающего в условиях высоких или низких широт, требует дополнительных мероприятий, которые проводятся по специальному плану и включают в себя:

— медицинское обследование личного состава корабля при подготовке к походу с целью выявления и списания с корабля лиц, состояние здоровья которых препятствует пребыванию в климатических условиях нового района плавания;

— проведение санации полости рта всему личному составу корабля;

— проведение при наличии эпидемических показаний профилактических прививок;

— санитарно-гигиенический контроль за подготовкой помещений, проведение при необходимости дезинфекции, дезинсекции и дератизации корабля; особое внимание обращается на отопление и вентиляцию жилых помещений и контроль за организацией сушки промокшего обмундирования;

— санитарно-гигиенический контроль за приемом различных видов снабжения (обмундирование, продукты, вода);

— участие медицинской службы в составлении распорядка дня;

— ознакомление с санитарно-эпидемическими и климато-географическими особенностями района предстоящего плавания.

473. Медицинская служба обеспечивает личный состав необходимыми средствами для профилактики отморожений, снежной слепоты, авитаминозов, тепловых ударов, ожогов и заболеваний, связанных с условиями плавания в крайних широтах, и проводит целенаправленную санитарно-просветительную работу по индивидуальной профилактике этих заболеваний.

474. При осуществлении санитарно-гигиенического контроля за питанием медицинская служба обращает внимание на доброкачественность и физиологическую полноценность набора продуктов, соответствие ассортимента продуктов климатическим условиям плавания.

475. При плавании в ледовых условиях и недостатке пресной воды после предварительного анализа и с разрешения начальника медицинской службы может быть допущено использование для питья и приготовления пищи воды, полученной из льда и снега.

476. При составлении распорядка дня медицинская служба обращает внимание на организацию труда и отдыха, необходимость изменения формы одежды, продолжительность наружных вахт, работы и занятий на верхней палубе в соответствии с климатическими условиями плавания.

Особенности лечебно-профилактической работы в военно-морской базе

477. Начальник медицинского отделения военно-морской базы организует и ведет лечебно-профилактическую работу в объеме, установленном для гарнизонного врача Советской Армии.

478. Лечебно-профилактическому обслуживанию в военно-морской базе, кроме личного состава постоянно дислоцированных в ней кораблей и частей, подлежит личный состав кораблей, временно базирующихся на данную военно-морскую базу, и частей Советской Армии и Военно-Морского Флота, следующих через данную военно-морскую базу, как пункт посадки на морские транспорты или пункт высадки.

479. Лечебно-профилактическое обслуживание личного состава временно базирующихся кораблей осуществляется во всех лечебных учреждениях базы.

480. Эвакуация больных с кораблей в лечебные учреждения базы производится по распоряжению начальника медицинского отделения военно-морской базы.

481. В случае аварии корабля в море по распоряжению начальника медицинского отделения базы в спасательный отряд выделяется медицинский состав.

482. Неотложная медицинская помощь в военно-морской базе обеспечивается силами и средствами ее лечебных учреждений и медицинской службы береговых частей без привлечения медицинского состава кораблей, находящихся на рейде.

ГЛАВА XIII

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ВОЕННО-УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ (ВОЕННЫЕ АКАДЕМИИ, ВОЕННЫЕ ФАКУЛЬТЕТЫ, ВОЕННЫЕ УЧИЛИЩА)

483. Медицинский отбор кандидатов, поступающих в военно-учебные заведения, проводится медицинской службой той части, в которой служит кандидат, или гарнизонной военно-врачебной комиссией.

При отборе кандидатов медицинская служба должна руководствоваться специальными требованиями к поступающим в военно-учебные заведения, изложенными в действующем «Расписании болезней и физических недостатков, при наличии которых призываемые на действительную военную службу, поступающие в военно-учебные заведения, военнослужащие и военнообязанные признаются годными, ограниченно годными и временно или вовсе негодными к прохождению воинской службы или к поступлению в военно-учебные заведения» (приказ Министра обороны Союза ССР № 110 от 20 июля 1956 г.).

Данные медицинского обследования и заключения вносят в медицинские книжки, направляемые с личными делами кандидатов в военно-учебное заведение. Старший врач части обязан проследить за своевременным направлением медицинских книжек в военно-учебное заведение, ни в коем случае не выдавая их на руки кандидатам.

484. Медицинское обследование кандидатов, поступающих в военно-учебные заведения, производится медицинской комиссией, назначаемой приказом по военно-учебному заведению. Председателем комиссии назначается начальник медицинской службы (старший врач) военно-учебного за-

ведения. В работе комиссии должны принять участие врачи-специалисты: терапевт, невропатолог, хирург, отоларинголог и офтальмолог (при отсутствии военных врачей-специалистов могут быть приглашены гражданские врачи-специалисты).

Комиссия начинает свою работу с обязательного предварительного изучения материалов медицинских книжек кандидатов.

В необходимых случаях для решения вопроса о годности кандидатов, поступающих в военно-учебные заведения, производится их стационарное обследование в лазарете училища (академии).

Результаты медицинского обследования кандидатов представляются приемной комиссии, которая использует их при решении вопроса о приеме кандидата в военно-учебное заведение.

485. Начальник медицинской службы (старший врач) военно-учебного заведения должен:

— хорошо знать особенности службы в том роде войск, для которого готовит кадры данное военно-учебное заведение, а также систематически изучать учебный процесс и условия жизни курсантов (слушателей);

— принимать участие в разработке распорядка рабочего дня курсантов (слушателей) и получать необходимую информацию о плане учебного процесса с тем, чтобы своевременно подготовить медицинское обеспечение учебного процесса на отдельных его этапах (прием пополнения, экзаменационные сессии, выходы в лагери, на полигоны и т. д.);

— организовывать периодические медицинские обследования курсантов (слушателей), офицеров и генералов с последующим обобщением и изучением итоговых данных медицинского обследования, составлением плана проведения необходимых лечебно-профилактических мероприятий и контроля за его выполнением.

486. Для лечебно-профилактического обеспечения переменного и постоянного состава военно-учебных заведений к факультетам (курсам) по распоряжению начальника медицинской службы (старшего врача) военно-учебного заведения прикрепляют врачей (факультетских или курсовых).

487. Факультетский (курсовой) врач обязан:

— участвовать в работе медицинской комиссии при отборе кандидатов, поступающих в военно-учебное заведение;

— участвовать в организации и проведении ежегодных медицинских обследований личного состава факультета (курса);

— осуществлять медицинский контроль за режимом труда и отдыха, условиями учебной работы, размещением, питанием курсантов (слушателей) и за физической подготовкой на факультете (курсе);

— производить по окончании медицинских обследований обобщение и изучение данных, характеризующих состояние здоровья курсантов (слушателей), офицеров и генералов, на основании чего разрабатывать план проведения лечебно-профилактических мероприятий;

— вести амбулаторный прием, направляя нуждающихся на консультацию к врачам-специалистам;

— осуществлять медицинский контроль за состоянием здоровья лиц, работающих на специальных технических установках и с ядовитыми жидкостями;

— проводить систематические медицинские осмотры курсантского и рядового состава;

— участвовать в разработке распорядка рабочего дня курсантов (слушателей) и постоянного состава факультета (курса);

— осуществлять медицинский контроль за организацией банно-прачечного обслуживания личного состава факультета (курса);

— вести санитарный надзор за содержанием учебных помещений, лабораторий и общежитий курсантов (слушателей);

— вести санитарно-просветительную работу (лекции, беседы и выставки) среди курсантов (слушателей), офицеров, генералов и членов их семей;

— обеспечить ежегодное проведение личному составу факультета (курса) профилактических прививок;

— обеспечить двукратное в течение каждого года (в октябре и апреле) обследование на бациллоносительство всех лиц, переболевших острыми кишечными заболеваниями в предшествующем году, и последующее лечение всех выявленных бациллоносителей;

— не реже одного раза в месяц докладывать начальнику медицинской службы и начальнику факультета об изменениях в состоянии здоровья курсантов (слушателей) и необходимых лечебно-профилактических мероприятиях;

— вести положенный медицинский учет и отчетность.

488. После окончания медицинских обследований и изучения данных, характеризующих состояние здоровья курсантов (слушателей), офицеров и генералов, факультетский (курсовой) врач обязан:

— обеспечить амбулаторным лечением всех лиц, которым оно назначено в результате медицинского обследования;

— направить на госпитальное лечение и обследование курсантов (слушателей), офицеров и генералов, которые нуждаются в этом по данным медицинского обследования;

— провести профилактическую рентгеноскопию желудочно-кишечного тракта всем военнослужащим факультета (курса), страдающим хроническими желудочно-кишечными заболеваниями;

— провести электрокардиографические исследования всем военнослужащим факультета (курса) в возрасте от 40 лет и старше;

— провести первичный осмотр полости рта всем военнослужащим и последующую санацию нуждающимся в этом;

— обследовать всех военнослужащих факультета (курса) на глистоносительство с последующим лечением;

— назначить диететическое питание курсантам (слушателям), офицерам и генералам, нуждающимся в этом по состоянию здоровья;

— отобрать и направить курсантов (слушателей), офицеров и генералов на санаторно-курортное лечение и организованный отдых в соответствии с решением санаторно-курортной отборочной комиссии;

— вести динамическое врачебное наблюдение за лицами, отнесенными по состоянию здоровья к 3-й и 4-й группам;

— подготовить доклад начальнику медицинской службы академии (старшему врачу училища) и командованию факультета (курса) об изменении режима работы курсантам (слушателям), офицерам и генералам, нуждающимся в этом по состоянию здоровья;

— оформить очередные отпуска вне очереди и плана курсантам (слушателям), офицерам и генералам, перенесшим острые болезни или обострение хронических заболеваний;

— оформить отпуска по болезни курсантам (слушателям), офицерам и генералам по постановлению военно-врачебной комиссии.

489. Начальник медицинской службы (старший врач) военно-учебного заведения за 3 месяца до выпуска курсантов (слушателей), заканчивающих обучение, представляет начальнику военно-учебного заведения доклад о физическом состоянии выпускаемых, в котором излагает соображения о наиболее целесообразном использовании их в дальнейшем.

490. Начальник медицинской службы (старший врач) военно-учебного заведения обязан организовать научно-практическую работу врачебного состава по вопросам медицинского обеспечения учебно-боевой подготовки личного состава и руководить ею.

491. Начальник медицинской службы академии подчиняется начальнику академии (начальнику тыла академии), а по специальности — начальнику Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Союза ССР.

Начальник медицинской службы (старший врач) училища подчиняется начальнику училища, а по специальности — начальнику медицинской службы военного округа.

ГЛАВА XIV

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В СУВОРОВСКИХ И НАХИМОВСКИХ УЧИЛИЩАХ

492. Основной задачей медицинской службы суворовских и нахимовских военных училищ является охрана здоровья воспитанников и обеспечение их правильного физического и нервно-психического развития.

Лечебно-профилактическое обеспечение в суворовских и нахимовских училищах проводится с учетом возрастных анатомофизиологических особенностей воспитанников (младший, средний и старший школьный возраст) и влияния условий военно-учебного заведения на растущий и развивающийся организм.

493. Медицинское освидетельствование кандидатов, поступающих в суворовские и нахимовские училища и оканчивающих их, производится по приказу Военного Министра Союза ССР № 104 от 23 июня 1951 г.

Военно-врачебная комиссия при суворовском или нахимовском училище, свидетельствуя кандидатов при приеме,

осуществляет этим первичное медицинское обследование и намечает нуждающимся необходимые лечебно-оздоровительные мероприятия.

494. Физическое состояние воспитанников суворовских и нахимовских училищ изучается путем:

— первичных медицинских обследований при приеме в училище;

— очередных медицинских обследований, проводимых два раза в год (осенью в начале учебного года и весной перед выездом в лагерь).

По окончании летнего лагерного периода производятся контрольные медицинские обследования воспитанников, взятых на специальный учет.

495. Целью медицинских обследований является изучение влияния учебно-воспитательного процесса, режима и быта на физическое развитие и состояние здоровья воспитанников. На этих обследованиях присутствуют офицеры-воспитатели и преподаватели физического воспитания, которые сообщают врачу училища свои наблюдения за физическим состоянием воспитанников и знакомятся с данными медицинского обследования.

496. Медицинские обследования воспитанников проводят врачи училища в объеме Руководства по медицинскому обеспечению физического воспитания в суворовских и нахимовских военных училищах, 1957 г., и Наставления по физическому воспитанию в суворовских и нахимовских военных училищах, 1954 г., при участии врачей-специалистов гарнизонного военного госпиталя, а в необходимых случаях и врачей-специалистов гражданских лечебных учреждений.

Данные обследования заносятся в медицинскую книжку воспитанника (форма № 4).

497. На основании данных медицинских обследований воспитанников распределяют по физическому состоянию на три группы:

группа I — физическое состояние хорошее;

группа II — физическое состояние удовлетворительное;

группа III — физическое состояние ослабленное.

Воспитанники, отнесенные по физическому состоянию к группе III, находятся на особом учете и под наблюдением медицинской службы, воспитателей и преподавателей.

Данные о физическом состоянии воспитанников, полученные в результате медицинского обследования, и план на-

мечаемых лечебно-оздоровительных мероприятий начальник медицинской службы училища докладывает начальнику училища и на педагогическом совете.

498. Из лечебно-оздоровительных мероприятий наибольшее внимание необходимо уделять физическим упражнениям и закаливанию воспитанников в соответствии с Наставлением по физическому воспитанию в суворовских и нахимовских военных училищах, 1954 г., и Руководством по медицинскому обеспечению физического воспитания в суворовских и нахимовских военных училищах, 1957 г., а также созданию благоприятных санитарно-гигиенических условий в училище.

Начальник медицинской службы училища обязан постоянно следить за тем, чтобы воспитанники достаточное время находились на свежем воздухе, организовать в весенне-зимний период фотарий для кварцевых облучений нуждающихся в этом по медицинским показаниям, обеспечить прием воспитанниками рыбьего жира и витаминных препаратов, проводить санацию полости рта и ЛОРорганов, особенно среди младших возрастных групп.

499. При медицинских обследованиях особое внимание необходимо уделять раннему выявлению и профилактике отклонений в физическом развитии и состоянии здоровья, к которым в школьном возрасте относятся:

— туберкулезная интоксикация и бронхоадениты;

— отклонения в состоянии ЛОРорганов (хронические риниты, тонзиллиты, разращение аденоидных вегетаций и др);

— понижение остроты зрения;

— глистоносительство;

— малокровие;

— нервные и эндокринные расстройства;

— аномалии осанки и искривления позвоночника;

— отставание в физическом развитии и др.

500. Медицинский контроль за физическим состоянием имеет целью содействовать воспитанию здоровых и физически развитых воспитанников. В нем участвует вся медицинская служба училища в тесном контакте с офицерско-преподавательским составом училища.

При проведении занятий по физическому воспитанию особое внимание необходимо уделять характеру учебных нагрузок соответственно возрастным особенностям воспитанников.

501. Начальник медицинской службы училища организует повседневный санитарно-гигиенический контроль, направленный к устранению отрицательно действующих факторов внешней среды, разрабатывает эффективные мероприятия по охране здоровья и укреплению физического развития воспитанников.

502. В основу санитарно-гигиенического контроля должны быть положены требования школьной гигиены применительно к условиям детского военно-учебного заведения (см. Справочник для врачей суворовских военных училищ. М., 1944). Особое внимание при этом необходимо уделять созданию благоприятного микроклимата, естественного и искусственного освещения учебных кабинетов и классов, а также рациональному устройству и размещению парт, классных досок и другого учебного оборудования соответственно возрасту воспитанников, состоянию школьно-письменных принадлежностей, учебников и других учебных пособий.

503. Начальник медицинской службы училища обязан путем специальных санитарно-гигиенических исследований контролировать состояние естественной и искусственной освещенности учебных помещений, содержание в воздухе углекислоты и пылевых частиц, колебание температуры воздуха, влажности в классах и спальных комнатах и принимать меры к устранению обнаруженных недочетов.

504. Среди воспитанников училища необходимо широко развернуть и систематически проводить санитарно-просветительную работу, в основу которой положить практическую отработку вопросов оказания самопомощи и взаимопомощи при травматических повреждениях (ранениях, переломах, ушибах, вывихах, кровотечениях) и несчастных случаях.

Начальник медицинской службы училища при активном участии преподавателей и воспитателей должен прививать воспитанникам гигиенические навыки и организовывать контроль за их выполнением, обучать воспитанников мерам профилактики заболеваний (инфекционных, простудных, гнойничковых) и травматизма, проводить мероприятия по борьбе с вредными привычками (курение и пр.).

505. При медицинском пункте училища развертывается лазарет с изолятором на три инфекции, амбулатория с врачебными кабинетами, процедурная, перевязочная, физиотерапевтический кабинет и фотарий. Кроме того, медицинский пункт училища оснащается оборудованием для работы глазного врача, отоларинголога, лабораторным имуществом и рентгеновским аппаратом.

506. При организации лечебной помощи необходимо учитывать особенности реактивности воспитанников, связанные с возрастным фактором, и, особенно, необходимость своевременного выявления ранних, нередко малозаметных на фоне возрастных изменений начальных патологических состояний.

507. За каждой ротой воспитанников закрепляется врач (фельдшер), который ведет повседневный санитарно-гигиенический контроль, наблюдает за состоянием здоровья и физическим развитием воспитанников в процессе их учебы, выявляет лиц, нуждающихся в медицинской помощи, и осуществляет намеченные лечебно-профилактические мероприятия.

ГЛАВА XV

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, РАБОЧИХ И СЛУЖАЩИХ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ СОЮЗА ССР, ЗАНЯТЫХ НА РАБОТАХ С РАДИОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ И ИСТОЧНИКАМИ ИОНИЗИРУЮЩИХ ИЗЛУЧЕНИЙ

Общие положения

508. Биологическое действие ионизирующих излучений при внешнем воздействии и попадании радиоактивных веществ (РВ) внутрь организма зависит от многих факторов: дозы внешнего облучения и количества РВ, попавших внутрь организма, повторности воздействия, вида и энергии излучения, времени внешнего воздействия, периода полураспада и скорости выведения радиоактивных изотопов из организма, чувствительности организма к ионизирующему излучению и др.

Характер и величина реакции на воздействие ионизирующих излучений в значительной мере зависят от исходного состояния организма и от возраста человека. У молодых людей, а также у беременных женщин и кормящих матерей чувствительность к радиоактивному воздействию повышенная.

Резистентность организма к ионизирующим излучениям снижают перенесенные и имеющиеся в момент воздействия

различные заболевания нервной системы, внутренних органов и эндокринной системы, а также недостаточное питание и переутомление.

509. Из перечисленных факторов в возникновении радиационных поражений решающее значение принадлежит дозе внешнего воздействия ионизирующих излучений и количеству радиоактивных изотопов, попавших внутрь организма. Поэтому для предупреждения радиационных поражений необходимо выполнять технические и санитарные правила, не допускающие превышения установленных предельно допустимых доз внешнего облучения и попадания РВ внутрь организма. При строгом выполнении необходимых мероприятий работа с любым источником ионизирующих излучений и с любым количеством радиоактивных изотопов безвредна. Несоблюдение необходимых мер защиты, небрежное обращение работающих с РВ и источниками ионизирующих излучений могут явиться причиной заболевания не только хронической, но и острой формой лучевой болезни, а также причиной местных радиационных поражений. Под влиянием ионизирующих излучений, хотя бы и в малых дозах, может произойти обострение некоторых имеющихся заболеваний.

510. При проведении профилактических мероприятий среди военнослужащих, рабочих и служащих, занятых на работах с РВ и источниками ионизирующих излучений, медицинские работники должны уделять главное внимание контролю за выполнением санитарных правил перевозки, хранения, учета и работы с радиоактивными веществами.

511. В процессе повседневного наблюдения за условиями работы с РВ и источниками ионизирующих излучений медицинский состав должен тщательно контролировать:

— оборудование помещений, в которых выполняются работы с РВ и источниками ионизирующих излучений: покрытие стен, полов, оборудование рабочих мест, наличие защитных приспособлений, состояние приточно-вытяжной вентиляции, наличие умывальников, душевых и т. д.;

— выполнение технических и санитарных правил в процессе работы с РВ и источниками ионизирующих излучений;

— обеспеченность работающих специальной одеждой, средствами защиты, соответствующими условиям их работы, соблюдение правил личной гигиены, предоставление установленных законодательством льгот;

— правильность хранения и наличие строгого учета радиоактивных изотопов;

— выполнение необходимых санитарных требований по удалению и обезвреживанию сточных вод, воздуха и твердых отбросов, содержащих радиоактивные изотопы;

— наличие дозиметрического и радиометрического контроля.

512. Важное значение в профилактике радиационных поражений имеет производственный инструктаж работающих с РВ и источниками ионизирующих излучений по ознакомлению их с правилами пользования санитарно-техническими устройствами, защитными приспособлениями, а также с мерами личной гигиены и безопасными методами работы.

В этом инструктаже, проводимом командованием части (подразделения), корабля (учреждения, заведения), должны принимать участие медицинские работники. Лица, назначаемые (принимаемые) на постоянную или временную работу с РВ и источниками ионизирующих излучений, должны сдать соответствующий экзамен. Повторная проверка усвоения ими правил работы проводится через каждые 6 месяцев.

513. Начальник медицинской службы части (учреждения, заведения) организует среди работающих с РВ и источниками ионизирующих излучений пропаганду знаний о путях воздействия ионизирующих излучений на организм человека и ранних клинических проявлениях этого воздействия, о способах оказания первой помощи (само- и взаимопомощи) при радиационных поражениях, правилах личной гигиены и по другим вопросам.

514. Всех военнослужащих, рабочих и служащих, привлекаемых к постоянной или временной работе с РВ и источниками ионизирующих излучений, берут на специальный учет в медицинском пункте (поликлинике) части (учреждения, заведения) и устанавливают за ними медицинское наблюдение, которое включает:

— предварительное медицинское освидетельствование лиц, назначаемых (принимаемых) на работу с РВ и источниками ионизирующих излучений;

— очередные медицинские освидетельствования работающих с РВ и источниками ионизирующих излучений;

— контрольные медицинские обследования всех работающих с РВ и источниками ионизирующих излучений в периоды между очередными медицинскими освидетельствованиями;

— медицинские осмотры лиц, работающих с РВ и источниками ионизирующих излучений и имеющих те или

иные отклонения в состоянии здоровья, а также лиц, подвергшихся воздействию ионизирующих излучений в дозах, превышающих предельно допустимые;

— повседневное медицинское наблюдение за военнослужащими, рабочими и служащими в процессе выполнения ими своих служебных обязанностей.

Медицинское освидетельствование

515. Медицинское освидетельствование военнослужащих, рабочих и служащих, назначаемых (принимаемых) на работу и работающих с РВ и источниками ионизирующих излучений, проводится в соответствии с приказом Министра обороны Союза ССР № 26, 1958 г. «О порядке медицинского освидетельствования лиц, назначаемых на работу и работающих с радиоактивными веществами и источниками ионизирующих излучений».

516. Предварительному медицинскому освидетельствованию подвергаются военнослужащие, рабочие и служащие при назначении (приеме) их на постоянную или временную работу с РВ и источниками ионизирующих излучений с целью:

— медицинского отбора годных к работе с РВ и источниками ионизирующих излучений и содействия командованию в правильном распределении этих лиц по участкам работы в соответствии с состоянием их здоровья;

— определения годности по состоянию здоровья военнослужащих и других лиц к поступлению в военные и военно-морские учебные заведения, готовящие специалистов, работа которых связана с РВ и источниками ионизирующих излучений.

517. Назначение военнослужащих и прием рабочих и служащих на работу с РВ или источниками ионизирующих излучений без предварительного медицинского освидетельствования запрещается. Не допускаются к этим работам лица моложе 18-летнего возраста. Беременные женщины и кормящие матери могут допускаться только к таким работам, где радиоактивное воздействие в 10 раз меньше предельно допустимых норм по всем видам излучений и концентраций.

518. Очередные медицинские освидетельствования лиц, работающих с РВ и источниками ионизирующих излучений, проводятся не реже одного раза в год. Отдельные лица при ухудшении состояния их здоровья по усмотрению начальника медицинской службы части (учреждения, заведения)

проходят дополнительные (внеочередные) медицинские освидетельствования.

519. Очередные медицинские освидетельствования имеют целью:

— своевременно обнаружить заболевания и физические недостатки, препятствующие работе с РВ и источниками ионизирующих излучений;

— своевременно провести лечебно-оздоровительные мероприятия и осуществить контроль за их эффективностью.

520. Медицинское освидетельствование проводят госпитальные (базовые) военно-врачебные комиссии, а также военно-врачебные комиссии отдельных частей (учреждений, заведений), назначаемые приказами их командиров (начальников), а в отдельных случаях — военно-врачебные комиссии округов (флотов, флотилий).

521. Свидетельствуемые в военно-врачебной комиссии подвергаются всестороннему обследованию врачами-специалистами: терапевтом, невропатологом, дерматологом, окулистом, отоларингологом, хирургом, стоматологом, а женщины — и гинекологом.

Врачи-специалисты для обследования свидетельствуемых в военно-врачебной комиссии привлекаются распоряжением гарнизонного (базового) врача или старшего начальника медицинской службы. Желательно к этой работе привлекать тех же специалистов, которые проводили предварительное или предыдущее медицинское освидетельствование.

522. При проведении медицинского освидетельствования врачи-специалисты руководствуются схемой, изложенной в приложении 1 к Указаниям по медицинскому освидетельствованию (приказ Министра обороны Союза ССР № 26, 1958 г.).

523. При каждом освидетельствовании в обязательном порядке проводятся следующие исследования:

— анализ крови, включающий подсчет эритроцитов, ретикулоцитов, тромбоцитов, лейкоцитов и лейкоцитарной формулы, определение гемоглобина, РОЭ, времени кровотечения, а также выявление дегенеративных изменений форменных элементов (анизоцитоз, пойкилоцитоз, токсическая зернистость нейтрофилов, фрагментоз и пикноз ядер нейтрофилов, вакуолизация, хроматинолиз и цитолиз лейкоцитов, диссоциация в развитии ядра и протоплазмы и др.);

— общий анализ мочи и анализ кала на яйца глистов;

— радиометрическое исследование кала и мочи у лиц,

работающих с открытыми радиоактивными веществами, радиоактивными газами, аэрозолями и выполняющими работы по уходу за животными, зараженными радиоактивными изотопами.

Другие лабораторные исследования проводятся по показаниям. Лиц, переболевших за последние 12 месяцев острой и хронической бактериальной дизентерией, колитами и энтеритами, а также лиц, страдающих частыми дисфункциями кишечника и длительными не поддающимися лечению гастритами, подвергают исследованию на бациллоносительство.

Во избежание излишнего воздействия облучения на организм работающих с РВ и источниками ионизирующих излучений профилактическое рентгенологическое исследование органов грудной клетки проводят не более одного раза в год. Все другие рентгенологические исследования проводят лишь в тех случаях, когда они являются решающими для диагностики заболевания, причем пользуются такими методами, при которых доза облучения бывает наименьшей.

524. При освидетельствовании военно-врачебная комиссия должна иметь полное и ясное представление не только о характере заболевания и его развитии, но и о профессиональных условиях, в которых свидетельствуемому предстоит работать или в которых он работает. Необходимо учитывать не только мощность источника ионизирующего излучения, количество радиоактивных изотопов (на рабочем месте), но и состояние техники безопасности, данные индивидуального дозиметрического и радиометрического контроля. Поэтому перед началом освидетельствования представитель командования или начальник медицинской службы части (учреждения, заведения) знакомит членов комиссии с условиями труда, быта и особенностями профессиональной деятельности подлежащих освидетельствованию военнослужащих, рабочих и служащих.

В списках подлежащих освидетельствованию военнослужащих, рабочих и служащих, которые заблаговременно составляются командованием части (учреждения, заведения), указывается стаж их работы, производственная характеристика условий труда, а также данные индивидуального дозиметрического контроля.

525. На основании данных всестороннего обследования и сопоставления их с результатами предыдущего освидетельствования военно-врачебная комиссия в медицинской книжке свидетельствуемого записывает:

— диагноз основного и сопутствующего заболевания;

— общую оценку физического развития и физического состояния (в соответствии с главой II части первой настоящего Руководства);

— постановление о степени годности свидетельствуемого к работе с РВ и источниками ионизирующих излучений (в соответствии с приказом Министра обороны Союза ССР № 26, 1958 г.);

— индивидуальные лечебно-оздоровительные мероприятия, в которых свидетельствуемый нуждается (в соответствии с главой II части первой настоящего Руководства и приложением 3 к приказу Министра обороны Союза ССР № 26, 1958 г.).

526. По окончании каждого очередного медицинского освидетельствования начальник медицинской службы части (учреждения, заведения) представляет своему командиру (начальнику) письменный доклад о результатах освидетельствования с учетом данных динамического врачебного наблюдения.

В докладе необходимо:

— изложить вопросы организации освидетельствования;

— дать характеристику и оценку физического развития и состояния здоровья освидетельствованных;

— указать изменения, происшедшие в состоянии их здоровья, и причины этих изменений;

— указать недостатки в условиях труда и быта, отрицательно влияющие на состояние здоровья освидетельствованных;

— дать рекомендации, касающиеся распределения освидетельствованных по участкам работы в соответствии с состоянием их здоровья.

К докладу прилагается план профилактических мероприятий для утверждения его командиром (начальником) части (учреждения, заведения).

Планом предусматриваются:

— мероприятия по улучшению условий труда и быта военнослужащих, рабочих и служащих, работающих с РВ и источниками ионизирующих излучений, в целом по части (учреждению, заведению) и для отдельных лиц;

— лечебно-профилактические мероприятия, рекомендованные военно-врачебной комиссией при освидетельствовании;

— порядок и сроки проведения динамического врачебного наблюдения за нуждающимися в нем лицами;

— мероприятия по медицинскому контролю за условиями труда и за соблюдением технических и санитарных правил при работе с РВ и источниками ионизирующих излучений.

Диспансерное наблюдение

527. В период между очередными медицинскими освидетельствованиями медицинская служба части (учреждения, заведения) проводит диспансерное наблюдение за лицами, работающими с РВ и источниками ионизирующих излучений, с целью:

— своевременно обнаружить изменения в состоянии здоровья, возникающие под влиянием ионизирующих излучений;

— изучить особенности профессиональной деятельности и выявить факторы, отрицательно влияющие на состояние здоровья лиц, работающих с радиоактивными веществами и источниками ионизирующих излучений, чтобы своевременно устранить их;

— своевременно провести лечебно-оздоровительные мероприятия и осуществить контроль за их эффективностью.

528. Диспансерное наблюдение в период между очередными медицинскими освидетельствованиями включает:

— контрольные медицинские обследования всех лиц, работающих с РВ и источниками ионизирующих излучений;

— динамическое врачебное наблюдение за лицами с теми или иными заболеваниями или с отклонениями в состоянии здоровья, обусловленными перенесенными заболеваниями.

Контрольные медицинские обследования проводят не реже одного раза в год в соответствии с приложением 3 к приказу Министра обороны Союза ССР № 26, 1958 г.

Динамическое врачебное наблюдение предусматривает периодические медицинские осмотры работающих с РВ и источниками ионизирующих излучений лиц с какими-либо заболеваниями или с отклонениями в состоянии здоровья, обусловленными перенесенными заболеваниями, а также контакт лечащего врача с прикрепленными к нему военнослужащими, рабочими и служащими в их производственных и бытовых условиях.

529. Военнослужащих, рабочих и служащих, нуждающихся в динамическом врачебном наблюдении, берут на особый учет на медицинском пункте части (учреждения,

заведения) и заносят их в «Книгу учета больных в амбулатории (поликлинике)» — форма № 5 (см. приложение 19).

По усмотрению начальника медицинской службы части (учреждения, заведения) на особый учет берут также тех лиц, которые подверглись внешнему облучению в дозах, превышающих установленные предельно допустимые нормы, или у которых радиометрическим исследованием установлено попадание радиоактивных изотопов внутрь организма, даже при отсутствии у этих лиц клинических признаков радиационного воздействия.

530. Лиц, взятых на особый учет, для проведения динамического врачебного наблюдения прикрепляют к врачам медицинского пункта (поликлиники) части (учреждения, заведения).

531. За военнослужащими центральных и главных управлений Министерства обороны СССР, привлекаемыми к работе с РВ и источниками ионизирующих излучений, динамическое врачебное наблюдение осуществляют в поликлиниках по месту их прикрепления для постоянного медицинского обслуживания. Списки военнослужащих, подлежащих динамическому врачебному наблюдению, начальники поликлиник Министерства обороны согласовывают с начальниками упомянутых управлений.

532. Для каждого военнослужащего, рабочего и служащего, взятого на особый учет, устанавливают сроки медицинских осмотров, консультаций у специалистов, сроки лабораторных, инструментальных исследований и лечебно-оздоровительных мероприятий.

533. Частоту медицинских осмотров для каждого военнослужащего, рабочего и служащего устанавливают индивидуально в зависимости от характера его заболевания, степени нарушений в организме, суммарной дозы облучения и количества радиоактивных изотопов, попавших внутрь организма.

Лицам, подвергшимся внешнему облучению в дозах, выше предельно допустимых, и лицам, у которых обнаружено попадание радиоактивных изотопов внутрь организма, но которые не имеют клинических признаков радиационного воздействия, медицинский осмотр проводится не реже одного раза в три месяца.

Военнослужащим, рабочим и служащим с теми или иными клиническими признаками радиационного воздействия, а также лицам, перенесшим острую или хроническую

форму лучевой болезни, медицинский осмотр проводится не реже одного раза в месяц.

534. Медицинские осмотры проводят лечащие врачи, к которым прикреплены находящиеся на особом учете военнослужащие, рабочие и служащие. При необходимости к медицинским осмотрам привлекают других врачей-специалистов.

535. Объем проводимых при медицинских осмотрах клинических, лабораторных и инструментальных исследований для каждого находящегося на особом учете лица определяют индивидуально в зависимости от характера заболевания и нарушений в организме.

Лица, имеющие те или иные признаки радиационного воздействия, и лица, перенесшие острую или хроническую форму лучевой болезни, а также местное радиационное поражение, проходят медицинский осмотр у терапевта, невропатолога, окулиста, а женщины — и у гинеколога. При этом производится полный анализ периферической крови, как и при медицинском освидетельствовании. Прочие анализы и осмотры другими специалистами осуществляются по показаниям.

536. При проведении контрольных медицинских обследований, медицинских осмотров и повседневного медицинского наблюдения за военнослужащими, рабочими и служащими лечащие врачи руководствуются также указаниями, изложенными в главе II части первой настоящего Руководства.

537. Амбулаторное и стационарное лечение военнослужащих, работающих с РВ и источниками ионизирующих излучений, осуществляют в соответствии с главами VII и VIII части первой настоящего Руководства.

Рабочие и служащие Министерства сбороны, работающие с РВ и источниками ионизирующих излучений, амбулаторным лечением обеспечиваются на медицинских пунктах (в поликлиниках) частей (учреждений и заведений) и в других военно-лечебных учреждениях, а стационарным лечением — в гражданских лечебных учреждениях.

В гарнизонах, где получить стационарную медицинскую помощь в гражданских лечебных учреждениях не представляется возможным, рабочих и служащих помещают на стационарное лечение в лазареты (стационары) частей (учреждений, заведений) и в военные госпитали.

538. На санаторно-курортное лечение и в дома отдыха военнослужащих, рабочих и служащих, работающих

с РВ и источниками ионизирующих излучений, направляют по показаниям.

Направлять лиц, работающих с РВ и источниками ионизирующих излучений, на лечение радиоактивными водами и грязями нежелательно, а при наличии признаков радиационного воздействия — противопоказано.

Военнослужащим, работающим с РВ и источниками ионизирующих излучений, предоставляется преимущественное право на получение санаторно-курортного лечения и организованного отдыха в санаториях и домах отдыха Министерства обороны Союза ССР.

Сержантов (старшин) и солдат (матросов) срочной службы, имеющих отклонения в состоянии здоровья, связанные с постоянной или временной работой с РВ и источниками ионизирующих излучений, направляют в центральные санатории с разрешения начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны, а в окружные санатории — с разрешения начальника медицинского отдела округа.

Мероприятия в отношении лиц, имеющих заболевания, обусловленные воздействием ионизирующих излучений

539. Лиц, получивших местное или общее острое радиационное поражение в результате аварий при работе с РВ или источниками ионизирующих излучений, немедленно направляют на стационарное лечение в лечебное учреждение по указанию начальника медицинского отдела округа или начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Союза ССР.

540. При выявлении у военнослужащих, рабочих и служащих признаков специфических заболеваний, обусловленных воздействием ионизирующих излучений, проводят следующие мероприятия:

а) При возникновении отдельных симптомов радиационного воздействия, когда можно ожидать, что изменения в организме сравнительно быстро исчезнут, устанавливают тщательное врачебное наблюдение — повторные (не реже одного раза в месяц) медицинские осмотры с анализами крови.

В качестве лечебно-оздоровительных мероприятий, в зависимости от показаний, рекомендуется:

— предоставлять очередной отпуск с направлением в санаторий или дом отдыха;

— временно переводить на работу, не связанную с РВ и источниками ионизирующих излучений;

— направлять на стационарное обследование для уточнения диагноза и лечения.

б) При клинических проявлениях хронической лучевой болезни I степени свидетельствуемому проводят стационарное лечение до восстановления работоспособности, а затем переводят его на работу, не связанную с РВ и источниками ионизирующих излучений, на разные сроки с последующим переосвидетельствованием.

По докладу начальника медицинской службы командир (начальник) части (учреждения, заведения) военнослужащих, рабочих и служащих, получивших профессиональное заболевание на постоянных или временных работах с РВ и источниками ионизирующих излучений, по заключению военно-врачебной комиссии переводит на работы, не связанные с вредностью, с сохранением среднего заработка по прежнему месту работы и выдачей бесплатного лечебно-профилактического питания сроком до шести месяцев с обязательным медицинским переосвидетельствованием через каждые три месяца (постановление Совета Министров СССР № 1507 от 19 августа 1955 г. и приложение 1 к приказу Министра обороны СССР № 26, 1958 г.).

в) Лиц, у которых обнаружена хроническая лучевая болезнь II и III степени, направляют на стационарное лечение. После лечения, даже при благоприятном исходе заболевания, военнослужащие подлежат освидетельствованию для определения возможности использования их на работах, не связанных с ионизирующими излучениями, и степени годности их к военной службе, а рабочие и служащие — направлению во ВТЭК.

541. Начальник медицинской службы части, корабля (учреждения, заведения) по команде через своего непосредственного командира (начальника) немедленно доносит начальнику Главного военно-медицинского управления о каждом военнослужащем, рабочем и служащем, заболевшем хронической или острой лучевой болезнью или получившем тяжелое местное радиационное поражение.

Документация на лиц, работающих с РВ и источниками ионизирующих излучений

542. Все результаты врачебного обследования, лабораторных анализов, инструментальных исследований и заключения при предварительных и очередных медицинских осви-

детельствованиях, а также при контрольных медицинских обследованиях, медицинских осмотрах и динамическом врачебном наблюдении заносят в медицинские книжки военнослужащих (см. приложение 19).

На рабочих и служащих ведутся медицинские книжки, утвержденные Министерством здравоохранения СССР (для лиц, работающих с РВ и источниками ионизирующих излучений), а при отсутствии их — медицинские книжки военнослужащих.

543. На каждого военнослужащего, рабочего и служащего, работающего с РВ и источниками ионизирующих излучений, медицинской службой части (учреждения, заведения) ведется «Вкладыш в медицинскую книжку» (приложение 3 к приказу Министра обороны СССР № 26, 1958 г.), в который заносятся результаты индивидуального дозиметрического контроля и другие данные, характеризующие профессиональные условия работы.

При переводе военнослужащего, рабочего и служащего из одной части (учреждения, заведения) в другую для постоянной или временной работы с РВ и источниками ионизирующих излучений «Вкладыш в медицинскую книжку» и медицинскую книжку пересылают в опечатанном конверте по принадлежности.

ГЛАВА XVI

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ ОФИЦЕРАМ, ГЕНЕРАЛАМ И АДМИРАЛАМ. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ РАБОЧИМ И СЛУЖАЩИМ СОВЕТСКОЙ АРМИИ И ВОЕННО-МОРСКОГО ФЛОТА, ЧЛЕНАМ СЕМЕЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Медицинская помощь на дому офицерам, генералам и адмиралам

544. Медицинскую помощь на дому офицерам, генералам и адмиралам, постоянно проживающим на территории гарнизона или временно находящимся в гарнизоне во время отпуска или служебной командировки, оказывают медицинские пункты частей, гарнизонные лазареты и поликлинические отделения военных госпиталей (поликлиники).

545. Медицинская помощь на дому оказывается:

— в порядке неотложной помощи;

— во всех случаях, когда больной не может посетить медицинский пункт, гарнизонный лазарет, поликлинику или другое лечебное учреждение;

— при заболеваниях, когда больному показан постельный режим в домашних условиях, а госпитализация не обязательна.

546. Военнослужащим, находящимся в отпуске или командировке, медицинскую помощь на дому оказывает поликлиника госпиталя, а в гарнизонах, где поликлиники нет, — медицинский пункт части, на которую по распоряжению гарнизонного врача возложено обслуживание на дому этой категории военнослужащих.

547. Офицерам, генералам и адмиралам, состоящим на службе в частях и учреждениях, не имеющих в штатах врачей, лечебную помощь на дому оказывают врачи медицинских пунктов частей, к которым по распоряжению начальника гарнизона приписана для медицинского обслуживания данная воинская часть (учреждение).

548. При необходимости получить медицинскую помощь на дому заболевший офицер, генерал или адмирал обращается в поликлиническое отделение госпиталя с просьбой направить к нему врача. При вызове врача из воинской части заболевший обращается к старшему врачу части.

Примечание. Порядок оказания экстренной помощи и помощи на дому устанавливается гарнизонным врачом и отдается приказом начальника гарнизона. Для оказания экстренной помощи и помощи на дому гарнизонный врач обязан максимально использовать местную лечебную сеть по согласовании с соответствующими органами здравоохранения.

549. Старший врач части посылает врача к заболевшему на дом. Врач может направить заболевшего, в зависимости от характера заболевания, на лечение в лазарет медицинского пункта части, в госпиталь, больницу или назначить ему амбулаторное лечение.

В случае если заболевшему не требуется постоянного медицинского наблюдения и ухода, он может продолжать лечение на дому.

550. Разрешение лечиться на дому офицеру, генералу и адмиралу дает врач части (поликлиники) на основании данных медицинского обследования больного и учета условий лечения на дому.

При нетранспортабельности больного (в необходимых случаях) устанавливают медицинский пост у него на дому за счет сил и средств госпиталя (части). Состав поста определяет старший начальник медицинской службы.

551. Об оставлении для лечения на дому заболевшего офицера, генерала или адмирала, находящегося в отпуску или командировке, врач сообщает гарнизонному врачу для доклада военному коменданту города.

552. В случае обнаружения у военнослужащего острозаразного заболевания врач намечает все необходимые противоэпидемические мероприятия, докладывает о них старшему начальнику медицинской службы, который и определяет их исполнителей.

Больного немедленно изолируют или направляют в специальное лечебное учреждение.

553. Военнослужащие, получающие медицинскую помощь на дому, должны быть зарегистрированы врачом части (поликлиники) в соответствующем разделе «Книги учета больных в амбулатории (поликлинике)», форма № 5, и обеспечены врачебным наблюдением и необходимыми медикаментами.

554. Данные медицинских обследований военнослужащих, лечащихся на дому, сведения об оказанной им помощи должны быть занесены в медицинские книжки больных.

555. При лечении на дому больные военнослужащие получают медикаменты и перевязочные материалы из аптеки медицинского пункта части (госпиталя).

Медицинская помощь рабочим и служащим Советской Армии и Военно-Морского Флота, членам семей военнослужащих

556. Рабочие и служащие Советской Армии и Военно-Морского Флота, члены семей военнослужащих получают все виды медицинской помощи в лечебных учреждениях гражданских органов здравоохранения на одинаковых основаниях со всеми гражданами СССР.

557. В гарнизонах, где получение медицинской помощи в гражданских лечебных учреждениях невозможно или затруднено, члены семей офицеров, генералов и адмиралов, состоящих на действительной военной службе или уволенных в запас и в отставку с пенсионным обеспечением по при-

казу НКО № 100 1944 г., а также семьи сержантов и старшин сверхсрочной службы могут пользоваться амбулаторной и стационарной помощью в военно-лечебных учреждениях.

При отсутствии гражданской лечебной сети рабочим и служащим частей и учреждений Советской Армии и Военно-Морского Флота, членам семей военнослужащих стационарное лечение предоставляется в военно-лечебных учреждениях. Необходимость в этом всякий раз определяется приказом командующего войсками военного округа (флота) по докладу начальника медицинской службы округа (флота).

В приказе перечисляются гарнизоны, наименования лечебных учреждений и количество коек, выделенных для госпитализации членов семей офицеров, генералов, адмиралов, сержантов и старшин сверхсрочной службы, рабочих и служащих частей и учреждений Советской Армии и Военно-Морского Флота. Выделение коек для этих целей допускается в пределах 10% штатного числа коек госпиталя (лазарета).

558. В случае когда выделенное число коек ограничивает госпитальную помощь рабочим (служащим) Советской Армии и Военно-Морского Флота и членам семей военнослужащих, командующий войсками военного округа по докладу начальника медицинской службы возбуждает ходатайство о соответствующем увеличении числа штатных коек и личного медицинского состава.

Право выдачи больничных листов застрахованным с временной нетрудоспособностью, в том числе рабочим и служащим Советской Армии и Военно-Морского Флота, членам семей военнослужащих, предоставлено решением ВЦСПС от 2 февраля 1954 г. № СЗ—38—12518 и от 20 марта 1954 г. № СЗ—38—23559 только Военно-медицинской ордена Ленина академии имени С. М. Кирова, Главному военному госпиталю имени академика Н. Н. Бурденко и поликлиникам Министерства обороны, обслуживающим центральные и главные управления Министерства обороны Союза ССР.

Указанными решениями ВЦСПС предусматривается также возможность выдачи больничных листов застрахованным с временной нетрудоспособностью, в том числе рабочим и служащим Советской Армии и Военно-Морского Флота, членам семей военнослужащих, отдельными военно-лечебными учреждениями отдаленных гарнизонов по особому в каждом случае ходатайству командующего вой-

ками военного округа (флота) перед соответствующими министерствами здравоохранения союзных и автономных республик или областными и краевыми отделами здравоохранения.

Выдача больничных листов врачами военно-лечебных учреждений производится в этих случаях согласно «Инструкции о порядке выдачи застрахованным больничных листков», утвержденной СНК СССР 17 августа 1937 г., и контролируется профсоюзными организациями.

При необходимости поместить на стационарное лечение в госпиталь застрахованного из числа рабочих, служащих, членов семей военнослужащих, а также застрахованных старших офицеров и генералов запаса или в отставке с выслугой в Советской Армии и Военно-Морском Флоте двадцать пять и более лет больничный лист выдается лечебным учреждением, установившим необходимость стационарного лечения (поликлиникой по месту работы или месту жительства).

При поступлении в госпиталь для оказания экстренной помощи больных из числа застрахованных администрация госпиталя в течение трех суток обязана вызвать представителя ближайшей больницы или поликлиники для оформления больничного листа.

ГЛАВА XVII

ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ЧАСТИ И ГАРНИЗОНЕ

Военно-врачебная экспертиза в части

559. Каждый врач части должен знать основные положения, методы, а также приказы и инструкции по военно-врачебной экспертизе и руководствоваться ими.

560. Военно-врачебная экспертиза в частях осуществляется:

— при первичном медицинском обследовании новобранцев (определение степени годности к военной службе и распределение в зависимости от состояния здоровья по подразделениям части);

— при отборе кандидатов в военно-учебные заведения;

— при отборе военнослужащих в специальные части в соответствии с медицинскими показаниями, необходимыми для прохождения службы в этих частях;

— при освобождении военнослужащих от служебных обязанностей по болезни;

— при решении вопроса о представлении военнослужащих на освидетельствование в гарнизонную военно-врачебную комиссию на предмет определения степени годности их к военной службе (на кораблях, кроме того, годности к службе в плавсоставе), а также годности к работе по определенной специальности;

— при решении вопроса о нуждаемости военнослужащих в специальном лечении, исследовании, санаторно-курортном лечении и др.;

— в процессе постоянного медицинского контроля за состоянием здоровья военнослужащих.

561. Медицинское освидетельствование специалистов Военно-Морского Флота проводится на основании действующих Положений по медицинскому освидетельствованию с учетом методики исследования и дополнительных требований к состоянию здоровья свидетельствуемых контингентов, изложенных в Руководстве по медицинскому освидетельствованию специалистов матросского и старшинского состава Военно-Морского Флота, изд. 1955 г.

562. При оценке степени годности (или негодности) к военной службе врач должен иметь в виду, что «Расписание болезней и физических недостатков» есть только схема, содержащая основные данные по оценке годности к военной службе и не может предусмотреть всего разнообразия физических недостатков и болезненных состояний, тем более в их динамике. Поэтому в военно-врачебной экспертизе при наличии недостатка в состоянии здоровья или физического развития должен применяться метод индивидуальной оценки годности к военной службе, с помощью которого может быть правильно решен вопрос о фактической пригодности свидетельствуемого к исполнению определенных обязанностей на военной службе.

563. Старший врач части докладывает командиру части о результатах медицинского изучения пополнения и свои предложения о распределении прибывших по подразделениям части в соответствии с состоянием их здоровья.

564. На военнослужащих, направляемых для освидетельствования в гарнизонную военно-врачебную комиссию, старший врач части должен **представить:**

— медицинские книжки, в которые заносятся результаты проведенных исследований, анализов, консультаций с врачами-специалистами;

— служебные и медицинские характеристики;

— список в двух экземплярах, подписанный командиром части (начальником штаба) и старшим врачом части, составленный по форме: 1) номер по порядку; 2) фамилия, имя, отчество; 3) воинское звание; 4) занимаемая должность; 5) год рождения; 6) причина направления на военно-врачебную комиссию с указанием диагноза; 7) решение военно-врачебной комиссии (последняя графа заполняется комиссией).

565. Старший врач части присутствует в комиссии при освидетельствовании направленных из части военнослужащих и докладывает комиссии о своих наблюдениях за состоянием здоровья свидетельствуемых. О заключениях военно-врачебной комиссии он докладывает командиру части.

Военно-врачебная экспертиза в гарнизонной военно-врачебной комиссии

566. Гарнизонная военно-врачебная комиссия организуется при лечебном учреждении (госпитале, лазарете, поликлинике) или при одной из воинских частей гарнизона по представлению начальника медицинской службы военного округа приказом командующего войсками округа (флота).

567. При необходимости и наличии соответствующего числа врачей указанным порядком могут создаваться военно-врачебные комиссии с правами гарнизонных при военно-учебных заведениях и военкоматах.

568. В состав гарнизонной военно-врачебной комиссии входят три врача, один из которых назначается председателем.

На правах члена комиссии в ее состав может входить представитель от командования, назначаемый начальником гарнизона.

569. Права и обязанности гарнизонной военно-врачебной комиссии, а также порядок ее работы определяются «Положением о военно-врачебной экспертизе» и «Положением о медицинском освидетельствовании». Решения военно-

врачебной комиссии основываются на «Расписании болезней и физических недостатков».

Примечание. Для установления степени трудоспособности (группы инвалидности) военнослужащие, признанные негодными к военной службе по состоянию здоровья, свидетельствуются во врачебно-трудовых экспертных комиссиях (ВТЭК) по месту жительства; направление на освидетельствование во ВТЭК с копией свидетельства о болезни выдается городскими (районными) военкоматами.

Врачебно-летная экспертиза в части (гарнизоне)

570. Врачебно-летная экспертиза в части (гарнизоне) включает:

— наблюдение и специальное изучение летного состава в период между очередными освидетельствованиями;

— проведение подготовительных мероприятий к очередному освидетельствованию летного состава;

— очередное освидетельствование летного состава;

— внеочередное переосвидетельствование летного состава.

571. Каждый врач авиационной части должен знать основы врачебно-летной экспертизы, действующие приказы, положения и методику проведения освидетельствования летного состава, курсантов и кандидатов, поступающих в военно-учебные заведения по подготовке летного состава.

572. До начала освидетельствования всему летному составу производят рентгеноскопию органов грудной клетки, исследуют кровь и мочу. При показаниях проводят и другие специальные исследования (лабораторные, рентгенологические, электрофизиологические), а также необходимые консультации врачей-специалистов и стационарное обследование.

Лиц в возрасте старше 35 лет подвергают электрокардиографии.

573. Врачебно-летная комиссия в части организуется на период очередного освидетельствования летного и курсантского состава приказом командующего воздушной армией или командующего военно-воздушными силами округа по представлению начальника медицинской службы.

574. В состав врачебно-летной комиссии входят председатель комиссии (в военно-авиационных училищах и школах — начальник медицинской службы, в авиационных соединениях — начальник медицинской службы соединения) и врачи-специалисты (невропатолог, терапевт, хирург, оториноларинголог и офтальмолог).

575. Порядок направления летного состава на очередное переосвидетельствование определяется приказом соответствующих командиров.

В день освидетельствования летный и курсантский состав ни к каким работам, полетам и занятиям не привлекают.

576. На правах членов врачебно-летных комиссий при очередном освидетельствовании летного и курсантского состава участвуют командир или его заместитель по летной подготовке, врач части, начальник кабинета авиационной медицины. Перед началом освидетельствования летного состава председатель комиссии проводит совещание всех членов комиссии. На совещании командир и врач части дают устные характеристики и сообщают результаты наблюдения за летным составом в межкомиссионный период. Медицинские и летные характеристики при очередном переосвидетельствовании в комиссию не представляются.

577. По окончании освидетельствования летного состава части председатель комиссии проводит итоговое совещание, на котором обсуждаются результаты освидетельствования и даются указания врачу части по изучению отдельных лиц летного состава.

Ответственность за своевременное освидетельствование летного состава возлагается на командира части. Врач части следит за сроками освидетельствования летного состава и своевременно докладывает командиру части о лицах, у которых срок действия заключения врачебно-летной комиссии истек.

578. Внеочередное освидетельствование летного состава проводится в окружных военно-врачебных комиссиях, врачебно-летных комиссиях флотов, в лабораториях авиационной медицины, в военных и военно-морских госпиталях. Курсанты и слушатели учебных заведений по подготовке летного состава в случаях, не требующих госпитального лечения или обследования, внеочередное переосвидетельствование могут проходить во врачебно-летных комиссиях училищ, школ, курсов.

Вопрос о необходимости внеочередного переосвидетельствования летного состава решается командиром и врачом части после летных происшествий, при систематическом невыполнении учебно-боевой подготовки, после психических травм, при значительном изменении состояния здоровья и в других случаях, требующих уточнения или пересмотра экспертного заключения.

На внеочередное освидетельствование летный состав направляют командиры частей (соединений), начальники учебных заведений и учреждений.

579. При направлении лиц летного состава на внеочередное переосвидетельствование или на стационарное обследование на руки им выдают медицинскую книжку, летную и медицинскую характеристики в опечатанном конверте на имя председателя комиссии (начальника госпиталя).

Указывать в характеристиках секретные данные запрещается.

580. Медицинскую характеристику составляет врач части, она должна содержать:

— общую характеристику физического состояния, работоспособности и утомляемости за время после последней врачебно-летной комиссии;

— данные врачебного наблюдения за состоянием здоровья (жалобы на состояние здоровья, обращаемость за медицинской помощью, трудопотери, эффективность применявшегося лечения и т. д.);

— данные врачебного наблюдения за состоянием и поведением в полете и после полета (переносимость различных летных нагрузок, высотных полетов, ускорений; медицинский анализ наиболее часто встречающихся ошибок при выполнении полетных заданий; при наличии заболевания — влияние летной работы на течение заболевания и т. д.);

— индивидуально-психологические особенности;

— бытовые условия и привычки;

— случаи освобождения или отстранения от летной работы по медицинским показаниям, причины этого;

— мнение врача части о дальнейшем использовании на летной работе.

581. Летную характеристику составляет командование части. Она должна содержать следующие сведения:

— род авиации;

— качество летной работы и выполнения служебных обязанностей, присвоенный класс; насколько и как отражается заболевание на летной работе;

— вывод о возможности продолжения летной работы.

Примечание. Медицинские книжки командиров частей, соединений заполняются вышестоящими медицинскими начальниками.

ГЛАВА XVIII

САНАТОРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ КАДРОВОГО СОСТАВА, НАХОДЯЩИХСЯ В ОТСТАВКЕ, ЗАПАСЕ, И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ

Общие указания

582. В системе лечебно-профилактических мероприятий, проводимых медицинской службой Советской Армии и Военно-Морского Флота, санаторное лечение и организованный отдых офицеров, генералов, адмиралов и членов их семей является важным оздоровительным фактором.

583. Направление на санаторное лечение военнослужащих и членов их семей производится только при наличии прямых медицинских показаний и отсутствии противопоказаний (см. «Медицинские показания и противопоказания для направления в санатории и дома отдыха Министерства обороны Союза ССР»).

584. На основании прямых медицинских показаний (и отсутствии противопоказаний) на санаторное лечение и в дома отдыха Министерства обороны Союза ССР направляют:

— офицеров, генералов и адмиралов Советской Армии и Военно-Морского Флота, а также членов их семей;

— старших офицеров, генералов и адмиралов, уволенных в запас или отставку с пенсионным обеспечением по приказу НКО № 100, 1944 г., а также членов их семей; этим правом пользуются старшие офицеры, генералы и адмиралы с выслугой в Советской Армии и Военно-Морском Флсте 25 лет и более;

— офицеров, генералов и адмиралов, направленных в гражданские министерства и ведомства для военной подготовки студентов высших учебных заведений, а также членов их семей;

— офицеров, генералов и адмиралов, откомандированных в установленном порядке для работы в гражданские министерства и ведомства с оставлением в кадрах Советской Армии и Военно-Морского Флота, а также членов их семей;

— пенсионеров Министерства обороны Союза ССР — инвалидов 1-й и 2-й групп (из числа бывших военнослужащих);

— солдат, матросов, сержантов и старшин сверхсрочной и срочной службы, причем солдат, матросов, сержантов и старшин срочной службы направляют в порядке исключения в центральные санатории с разрешения начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Союза ССР по ходатайству начальника военно-медицинского отдела округа и в окружные санатории — с разрешения начальника военно-медицинского отдела округа в каждом отдельном случае и только при наличии особых медицинских показаний;

— рабочих и служащих Советской Армии и Военно-Морского Флота.

585. Из числа членов семей офицеров, генералов и адмиралов, перечисленных выше, правом на санаторное лечение и организованный отдых пользуются жена и дети, состоящие на иждивении главы семьи и внесенные в его послужной список.

586. Детей от 5 до 13 лет (включительно) направляют только в детские санатории, а с 14-летнего возраста — в санатории и дома отдыха для взрослых.

В Евпаторийский детский костно-туберкулезный санаторий направляют детей в возрасте от одного года до 15 лет (включительно).

587. Направление в санатории и дома отдыха одних и тех же лиц дважды в год воспрещается. Исключение допускается лишь по постановлению военно-врачебных комиссий, которое через начальника медицинского отдела округа представляется каждый раз на решение начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Союза ССР. Оплата за лечение в этих случаях взимается по полной стоимости санаторного билета (путевки).

588. Не разрешается направлять членов семей военнослужащих в санатории и дома отдыха по санаторным билетам (путевкам), предназначенным для военнослужащих, а также военнослужащих по санаторным билетам (путевкам), предназначенным для членов семей.

589. Оплата за лечение или организованный отдых в санаториях и домах отдыха Министерства обороны Союза ССР производится в соответствии с действующими положениями.

Порядок отбора на санаторное лечение

590. Отбор офицеров, генералов и адмиралов, членов их семей, а также рабочих и служащих Советской Армии и

Военно-Морского Флота для санаторного лечения или организованного отдыха производится санаторно-отборочными комиссиями при воинских частях, соединениях, учреждениях и гарнизонах.

591. Офицеры, генералы и адмиралы, уволенные в запас или отставку по возрасту или состоянию здоровья с выслугой 25 лет и более и получающие пенсию по приказу НКО № 100, 1944 г., члены их семей, а также члены семей офицеров, генералов и адмиралов, проживающие вне места службы главы семьи, проходят отбор в санаторно-отборочных комиссиях по месту жительства и обеспечиваются санаторным лечением распоряжением военно-медицинского отдела округа, на территории которого они проживают.

592. Санаторно-отборочные комиссии при воинских частях, соединениях, учреждениях и гарнизонах назначает начальник военно-медицинского отдела округа в зависимости от местных условий в составе: председателя (врача), не менее двух членов (врачей-специалистов) и представителя командования, выделенного командиром соединения (начальником гарнизона), представителей партийных и общественных организаций.

593. В отдельных гарнизонах, имеющих менее трех врачей, отбор и направление на санаторное лечение может производить один врач.

594. Санаторно-отборочные комиссии при высших военно-учебных заведениях назначают начальники медицинской службы этих заведений.

595. Отбор на санаторное лечение в главных и центральных управлениях Министерства обороны Союза ССР производится при поликлиниках санаторно-отборочными комиссиями.

596. Отбор на санаторное лечение пенсионеров Министерства обороны Союза ССР производится по месту жительства пенсионеров областными (краевыми, республиканскими), городскими военными комиссариатами на основании заключений лечебно-профилактических учреждений органов здравоохранения.

597. Предварительное специальное медицинское обследование членов семей офицеров, генералов и адмиралов может производиться по месту их жительства в соответствующих диспансерах, клиниках, детских консультациях и других лечебно-профилактических учреждениях органов здравоохранения.

598. При решении вопроса о направлении на санаторное лечение и в дома отдыха военнослужащих и членов их семей санаторно-отборочные комиссии руководствуются данными медицинских книжек военнослужащих, материалами медицинских обследований и заключениями врачей-специалистов, имеющимися у свидетельствуемых, а также состоянием их здоровья в момент освидетельствования в соответствии с показаниями и противопоказаниями к санаторному лечению и требованиями настоящего Руководства.

Результаты освидетельствования и решения комиссии заносятся в книгу протоколов установленной формы.

599. Военнослужащих, отнесенных по состоянию здоровья на основании данных медицинских обследований к группам 3 и 4 и не имеющих противопоказаний к санаторному лечению, направляют на санаторное лечение в первую очередь.

600. При направлении в санатории (дома отдыха) офицеров, генералов и адмиралов непосредственно из госпиталя в порядке продолжения лечения отбор производит госпитальная военно-врачебная комиссия.

Основанием для направления в этом случае является:

— обязательное предварительное госпитальное лечение с использованием всех возможных методов;

— наличие строгих показаний, из которых вытекает, что лечение в санатории явится в порядке преемственности более эффективным, завершающим этапом госпитального лечения, ускорит восстановление работоспособности больных и позволит им после лечения в санатории (доме отдыха) приступить к исполнению служебных обязанностей.

Направляемые в этих случаях на лечение в санатории (дома отдыха) не должны иметь противопоказаний для пребывания в санаторных условиях (нуждаемость в особом уходе, неспособность самостоятельного передвижения и др.).

601. Ответственность за правильное направление на санаторное лечение возлагается:

— на председателя санаторно-отборочной комиссии (гарнизонного врача);

— на врача части (учреждения), если после состоявшегося решения комиссии он не поставил ее своевременно в известность о дополнительно возникших противопоказаниях к направлению в санаторий (дом отдыха).

602. Детей, перенесших скарлатину, направляют в санатории не ранее чем через 12 дней после выписки из больницы, а переболевших дифтерией — после двукратного

отрицательного результата исследования слизи зева и носа на бациллоносительство.

603. Контроль за работой санаторно-отборочных комиссий осуществляет председатель военно-врачебной комиссии округа.

Порядок распределения путевок и направления больных и отдыхающих в санатории и дома отдыха

604. Из общего количества путевок в санатории и дома отдыха выделяется: для офицеров, генералов, адмиралов и пенсионеров Министерства обороны Союза ССР — 75%, для членов семей военнослужащих — 20% и для рабочих и служащих Советской Армии и Военно-Морского Флота — до 5%.

605. Начальники военно-медицинских отделов округов (флотов) на основании данных очередных медицинских обследований офицеров, генералов и адмиралов представляют в Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Союза ССР сведения о количестве нуждающихся в санаторном лечении и организованном отдыхе.

На основании этих сведений Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Союза ССР распределяет путевки в санатории (дома отдыха) на весь год и рассылает их в адрес начальников военно-медицинских отделов округов (флотов). Одновременно с путевками для военнослужащих рассылается пропорциональное количество соответствующих путевок для членов семей военнослужащих, для рабочих и служащих Советской Армии и Военно-Морского Флота.

606. Начальники военно-медицинских отделов округов (флотов) по получении путевок составляют (в соответствии с имеющимися данными о потребности) годовой план распределения путевок в центральные и окружные санатории и дома отдыха между воинскими соединениями, частями и учреждениями округа (флота); по утверждении этого плана командующим войсками (флотом) сообщают разверстку командирам соединений и частей, начальникам учреждений, а также председателям санаторно-отборочных комиссий (гарнизонным врачам) и рассылают путевки по санаторно-отборочным комиссиям.

607. По получении санаторных билетов (путевок) председатель санаторно-отборочной комиссии (гарнизонный врач):

— учитывает санаторные билеты (путевки) в специальной приходно-расходной книге и хранит их, как бланки строгой отчетности;

— на основании данных медицинских обследований производит окончательный отбор кандидатов на санаторное лечение (с учетом сроков очередного отпуска военнослужащего и наличия путевок), производит необходимые записи в медицинской книжке военнослужащего, а на членов семьи, на рабочих и служащих Советской Армии и Военно-Морского Флота заполняет медицинскую справку с указанием в ней кратких объективных данных, диагноза болезни и наименования санатория, лечение в котором рекомендуется тому или иному лицу по состоянию здоровья;

— оформляет на отобранного кандидата установленным порядком санаторный билет (путевку) и передает его (за 15—20 дней до обозначенного в нем срока) вместе с медицинской книжкой (а на члена семьи, рабочего и служащего — справкой) начальнику медицинской службы, направившему кандидата на комиссию.

608. Начальник медицинской службы части и учреждения на основании заключения санаторно-отборочной комиссии и разрешения командира части выдает военнослужащему, отобранному на санаторное лечение или организованный отдых, оформленный санаторный билет (путевку) и в запечатанном конверте медицинскую книжку, а членам семьи военнослужащего, рабочим и служащим Советской Армии и Военно-Морского Флота — медицинскую справку.

609. На военнослужащих, переводимых в санатории из госпиталей для продолжения лечения, госпитальной врачебной комиссией составляется и препровождается в запечатанном конверте выписка из истории болезни (с кратким описанием течения заболевания и применявшегося лечения).

На последней странице санаторного билета (путевки) такого военнослужащего начальник госпиталя проставляет дату его направления в санаторий (дом отдыха) и заверяет направление своей подписью и гербовой печатью госпиталя.

610. Предоставлять путевки в санатории (дома отдыха) без решения санаторно-отборочных комиссий категорически запрещается.

Документация при приеме в санатории (дома отдыха)

611. Основным документом для помещения в санаторий (дом отдыха) является именная путевка.

Помимо путевки, поступающий в санаторий (дом отдыха) обязан предъявить:

— военнослужащие — удостоверение личности установленного образца и медицинскую книжку, а военнослужащие, переведенные из госпиталя, — также и выписку из истории болезни;

— члены семей военнослужащих — паспорт, справку, удостоверяющую родственное отношение к главе семьи и состояние на его иждивении, с указанием для детей от 14 до 16 лет года их рождения, а также медицинскую справку санаторно-отборочной комиссии.

Дети старше 18 лет, имеющие путевку с льготной оплатой, кроме того, представляют справку учебного заведения, а не способные к труду — соответствующее заключение (справку) туберкулезного диспансера, гарнизонной военно-врачебной комиссии или ВТЭК.

На детей до 14 лет, направляемых в детские санатории, представляются: заверенная копия свидетельства о рождении; справка, удостоверяющая родственное отношение к главе семьи и нахождение на его иждивении; медицинская справка санаторно-отборочной комиссии; справка от участкового эпидемиолога о том, что в квартире, где проживает ребенок, в течение последних 21 дня до выезда ребенка не было заразных болезней; справка об исследовании слизи зева и носа на бациллоносительство дифтерии и о ранее произведенных прививках, а также (если имеются) лабораторные анализы, рентгеновские снимки;

— пенсионеры (инвалиды Великой Отечественной войны 1-й и 2-й групп, офицеры запаса и находящиеся в отставке) — паспорт и справку о пенсионном обеспечении;

— солдаты, матросы, сержанты и старшины — служебную и медицинские книжки и продовольственный аттестат;

— рабочие и служащие Советской Армии и Военно-Морского Флота — паспорт, медицинскую справку санаторно-отборочной комиссии и справку с места службы.

612. Документы, перечисленные выше (кроме удостоверения личности, паспорта, служебной и медицинской книжек), остаются в делах санатория (дома отдыха) и предъявляются при проверках, обследованиях и ревизиях.

613. За прием в санаторий (дом отдыха) лиц, не имеющих путевки, начальник санатория (дома отдыха) несет персональную ответственность.

В случаях непредставления лицами, прибывшими в санаторий (дом отдыха), каких-либо документов из числа перечисленных выше начальник санатория (дома отдыха) принимает меры, обеспечивающие своевременное получение недостающих документов.

Порядок приема в санатории (дома отдыха), выписки из них и продления лечения

614. В санатории (дома отдыха) принимают и выписывают из них в сроки, указанные в путевках.

Не допускается изменение срока действия путевки в центральные санатории и дома отдыха без разрешения Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Союза ССР, а в окружные санатории и дома отдыха — военно-медицинского отдела округа.

615. В детские санатории детей привозят и отвозят после лечения их родители или сопровождающие.

616. Срок лечения больного в санатории может быть продлен при наличии медицинских показаний начальником санатория только по постановлению врачебной комиссии санатория на срок не более 10 дней, а для больных с открытой формой туберкулеза легких — не более 30 дней.

617. Врачебные комиссии санаториев, имеющие право продления сроков лечения, оформляются приказами начальников санаториев.

618. В случаях возникновения в санатории у больных внезапных острых заболеваний (инфаркт миокарда, кровоизлияние в мозг и т. д.), исключающих возможность госпитализации их вследствие нетранспортабельности, больных переводят на госпитальный режим с бесплатным лечением до наступления возможности перевода их в госпиталь.

619. При кратковременном (1—2 дня) продлении срока пребывания в санатории (доме отдыха) в связи с отсутствием транспорта, железнодорожного билета и по другим не зависящим от больного причинам плата взимается только за полную стоимость питания в эти дни.

620. О всех случаях направления в санатории (дома отдыха) больных с противопоказаниями начальник санатория (дома отдыха) немедленно доносит по установленной форме

в ЦВВК и в копии — начальнику военно-медицинского отдела округа, откуда прибыл больной, для принятия мер в отношении виновных, направивших в санаторий (дом отдыха) больного, имеющего противопоказания.

ГЛАВА XIX

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ И АНАЛИЗА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЧАСТИ

621. Для правильной организации лечебно-профилактических мероприятий необходим точный и своевременный анализ состояния здоровья личного состава части, в первую очередь его заболеваемости.

622. Анализ статистических данных должен быть всесторонним и проводиться на основе глубокого изучения сущности исследуемого явления и учета конкретных условий, в которых это явление происходит.

623. В основу анализа заболеваемости должно быть положено изучение условий боевой и физической подготовки военнослужащих, их быта, состояния здоровья, выявление конкретных причин, вызвавших появление (или способствовавших появлению) тех или иных заболеваний, а также характеристика принятых мер и их эффективности.

624. Анализ заболеваемости имеет целью:

— определить (оценить) состояние здоровья личного состава части;

— установить изменения в движении заболеваемости, их причины;

— оценить эффективность проведенных мероприятий по снижению заболеваемости в целом и по отдельным формам и группам болезней;

— получить материал для разработки плана лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья личного состава части и снижению заболеваемости.

При анализе необходимо использовать все аналитические показатели и материалы, имеющие отношение к исследуемому вопросу.

625. При анализе заболеваемости, помимо данных о первичной обращаемости, используются результаты очередных обследований состояния здоровья, сведения о трудопотерях, госпитализации и смертности военнослужащих.

626. Анализ заболеваемости производится путем сравнения ее уровня в динамике (по отчетным и другим периодам) и по подразделениям путем определения ее структуры и установления ее зависимости от различных факторов.

627. Регистрация первичных обращений по поводу заболеваний является одновременно и регистрацией заболеваний. Таким образом, данные о первичной обращаемости позволяют иметь представление о размерах заболеваемости.

628. Непрерывное наблюдение за заболеваемостью обеспечивается ведением ежедневных записей в книге учета амбулаторных больных и в медицинских книжках и составлением в той же амбулаторной книге декадных сведений (выборок) о заболеваемости, в первую очередь по основным, ведущим группам заболеваний (заболевания, связанные с охлаждением тела, кожные заболевания, травматизм, инфекционные болезни).

629. Обобщенные данные фиксируют в медицинском отчете части, корабля.

Показатели заболеваемости определяют отдельно для солдат, матросов, сержантов, старшин срочной службы и курсантов, для офицеров, генералов, адмиралов, сержантов, старшин сверхсрочной службы.

630. При значительных изменениях за анализируемый период в численном составе части следует пользоваться показателями заболеваемости, выраженными в так называемых относительных величинах.

Для этого нужно вычислить среднюю численность личного состава:

— за месяц — складывают цифры численного состава части на первое и последнее числа месяца и сумму делят на 2;

— за квартал — складывают цифры численного состава части на какое-либо определенное число для трех месяцев и сумму делят на 3;

— за год — складывают цифры численного состава части на одно и то же число за 12 месяцев и сумму делят на 12 или сумму квартальных чисел делят на 4.

При анализе заболеваемости используют показатели ее частоты (интенсивные) и распространения (экстенсивные).

Показателями частоты (интенсивными показателями) называются относительные числа, характеризующие распространение изучаемого явления в данном коллективе. Их можно исчислять на 100 (в процентах), на 1000 (в промилле) или на 10 000 (в продецимилле) человек.

Показателями распределения структуры или удельного веса (экстенсивными показателями) называются относительные числа, выражающие отношение части к целому или распределение целого на части.

Для определения показателя частоты или распространения заболеваний число всех первичных обращений умножают на 1000 и делят на средний численный состав части.

Для определения показателя распространения заболеваний по отдельным формам или группам болезней число первичных обращений по данной форме или группе болезней умножают на 1000 и делят на средний численный состав части.

Для определения показателя удельного веса отдельной формы или группы болезней среди всех заболеваний число первичных обращений по данной форме или группе болезней умножают на 100 и делят на общее количество всех первичных обращений.

631. Если за анализируемый период численный состав части изменился мало, можно для сравнения в качестве показателей заболеваемости сопоставлять за аналогичный период абсолютные числа заболеваний. Абсолютные числа в качестве показателей применяют и тогда, когда анализируемый период очень короток (не более месяца) или когда анализируют единичные болезни или болезни, имеющие особое значение для характеристики медицинского благополучия части (инфекционные заболевания, травматизм и т. п.).

632. Для более полной характеристики заболеваемости необходимо использовать сведения о больных, находящихся под наблюдением медицинского пункта.

633. Для характеристики состава больных, находящихся на учете, определяют:

— показатели распределения лиц, состоящих под наблюдением по поводу заболеваний,— путем умножения общего числа лиц, состоящих под наблюдением по данному заболеванию, на последнее число анализируемого периода на 100 и деления на общее число лиц, состоящих под наблюдением на последнее число того же периода;

— показатели частоты заболеваний или случаев, требующих специального медицинского наблюдения, — путем умножения общего числа лиц, состоящих под наблюдением по данному заболеванию или состоянию здоровья, на 1000 и деления на среднюю численность личного состава;

— показатели распределения выявленных лиц, подлежащих наблюдению по разным заболеваниям, — путем умно-

жения общего числа выявленных за отчетный период лиц, подлежащих наблюдению по данному заболеванию, на 100 и деления на общее число всех выявленных лиц.

634. Данные о трудопотерях позволяют судить о степени прямого ущерба, причиненного боевой подготовке заболеваемостью. Они, кроме того, указывают на тяжесть заболеваний, качество диагностики, лечения и экспертизы.

Чтобы вывести показатель ущерба, причиненного трудопотерями боевой подготовке, число дней трудопотерь (всех или по поводу той или иной формы болезни) умножают на 1000 и делят на среднюю численность личного состава.

635. Для вычисления показателя удельного веса дней трудопотерь по отдельным болезням или группам болезней число дней трудопотерь по данной форме или группе болезней умножают на 100 и делят на общее количество дней трудопотерь по всем формам болезней.

636. Для вычисления показателя тяжести заболеваемости (средняя длительность заболевания, связанного с трудопотерями) число дней трудопотерь по всем болезням или по данной форме или группе болезней делят на соответствующее число случаев трудопотерь.

637. Анализ смертности производится на основании данных, помещенных в медицинском отчете. Так как количество случаев смерти обычно невелико, следует сопоставлять абсолютные данные и тщательно разбирать каждый случай смерти, избегая при этом приведения в объяснительной записке показателя смертности на 1000 человек личного состава.

638. Для анализа качества диагностической работы медицинского пункта используется таблица сопоставления диагнозов, установленных на медицинском пункте, с диагнозами лечебного учреждения.

В каждом отдельном случае производится детальный анализ причин расхождения в диагностике заболевания и делается обобщение, когда в диагностике выявляются частые, однородные расхождения.

639. Данные медицинского отчета части о физическом состоянии личного состава анализируют путем текстового объяснения изменений физического состояния с учетом влияния особенностей службы, быта, питания и климатических условий.

640. Данные о травматизме анализируют применительно к разделу IV «Схемы объяснительной записки к годовому медицинскому отчету».

Анализ заболеваемости старший врач части, начальник медицинской службы корабля обязаны делать систематически ежедекадно, ежемесячно, ежеквартально и свою практическую деятельность по осуществлению лечебно-профилактических мероприятий проводить на основе выводов этого анализа.

При анализе заболеваемости за год следует придерживаться порядка, изложенного в «Схеме объяснительной записки к годовому медицинскому отчету части».

ГЛАВА XX

ОРГАНИЗАЦИЯ, МЕТОДЫ И СРЕДСТВА САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

641. Санитарное просвещение является составной частью лечебно-профилактической работы, важным разделом практической деятельности медицинского состава Советской Армии и Военно-Морского Флота.

Организует санитарно-просветительную работу непосредственно начальник медицинской службы.

642. Основной задачей санитарного просвещения является закрепление знаний и практических навыков по вопросам само- и взаимопомощи при ранениях и поражениях и пропаганда санитарно-гигиенических знаний, способствующих сохранению и укреплению здоровья военнослужащих. Особое внимание при этом обращается на профилактику инфекционных, острых желудочно-кишечных заболеваний, болезней кожи, травматизма, на закаливание организма.

Особое внимание необходимо обращать на систематическое проведение мероприятий по противоалкогольной пропаганде, организовывая их совместно с политорганами. В этой работе должны использоваться такие средства агитации и пропаганды, как кино, радио, печать, выступления врачей-специалистов с лекциями и докладами перед офицерским составом, сверхсрочнослужащими, членами семей, солдатами и сержантами.

643. Санитарное просвещение должно быть идейно выдержанным и политически направленным. Пропаганда научных знаний должна содействовать формированию материалистического мировоззрения, борьбе с суевериями, предрассудками и пережитками капитализма в сознании военнослужащих.

644. Тематика санитарно-просветительной работы не является постоянной, она изменяется в зависимости от времени года, задач, выполняемых воинской частью, и контингента военнослужащих, среди которого эта работа проводится.

645. Обязательным залогом и условием эффективности санитарного просвещения является его целенаправленность, непрерывность и плановость.

Санитарное просвещение должно строиться с учетом задач, стоящих перед медицинской службой воинской части по периодам боевой подготовки войск, времени года, санитарного состояния части и др.

При планировании санитарно-просветительной работы следует учитывать особенности военной службы в основных родах войск, краевую патологию, а также данные анализа физического состояния, травматизма, заболеваемости и трудопотерь военнослужащих, а в лазаретах и госпиталях учитывать профиль медицинского учреждения (отделения), состав больных и требования лечебно-охранительного режима. Планировать санитарно-просветительную работу целесообразно по периодам обучения войск и ежемесячно.

646. Для большей эффективности санитарного просвещения организацию и планирование его следует осуществлять в тесном взаимодействии с политическими органами.

647. Организационно-методическое руководство санитарно-просветительной работой в армии и на флоте осуществляется нештатным научно-методическим советом при начальнике Главного военно-медицинского управления Министерства обороны по боевой, специальной подготовке и санитарному просвещению и нештатными методическими бюро по санитарному просвещению военно-медицинских отделов военных округов (флотов).

648. Консультативную помощь по вопросам организации и методики санитарного просвещения методическим бюро военно-медицинских отделов округов (флотов), а также врачам частей (соединений) и учреждений оказывает методический кабинет по санитарному просвещению Военно-медицинского музея Министерства обороны Союза ССР.

649. Ответственность за организацию, планирование и проведение санитарного просвещения возлагается персонально на старших врачей частей и начальников медицинской службы соединений, а в военных госпиталях, санаториях и домах отдыха — на заместителей начальников этих учреждений по медицинской части.

650. Санитарное просвещение проводится с использованием устного, печатного и наглядного методов пропаганды и агитации. К методу устной пропаганды относятся лекции, беседы, научно-популярные конференции, консультации, громкое чтение и радиовещание; к печатному методу — книги (брошюры), листовки, памятки, лозунги, доски вопросов и ответов, санитарные бюллетени, стенные газеты; к наглядному — плакаты, диапозитивы, диафильмы, фотовыставки стационарные и подвижные, кинофильмы.

651. Санитарное просвещение в воинских частях и на кораблях проводится в плановом порядке в «санитарный час» один—два раза в месяц и во внеклассное время. Медицинский состав обязан проводить повседневную разъяснительную работу с личным составом путем индивидуальных бесед в подразделениях, при выходах в поле, в парках боевой техники, на учениях войск, на амбулаторном приеме в медицинском пункте и поликлинике, в медицинском отделении госпиталя и т. д.

652. В целях привлечения к участию в санитарно-просветительной работе всех категорий медицинского состава и придания ей массовости устанавливается обязательный минимум рабочих часов для медицинского состава по санитарному просвещению (см. приложение 13).

653. Обеспечение военных округов материалами по санитарному просвещению осуществляется через Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Союза ССР. Кроме того, военно-медицинские отделы военных округов, групп войск, флотов и флотилий принимают меры к изданию на местах памяток, листовок, брошюр, лозунгов, плакатов по тематике, интересующей войска.

654. Материалы по санитарному просвещению (литература, фотонаборы, диапозитивы, плакаты, диафильмы и др.), направляемые в военные округа централизованно, а также издаваемые и приобретаемые на местах, подлежат обязательному учету: в воинских частях — в аптеках, в лечебных учреждениях — в библиотеках.

655. Начальники медицинской службы частей, кораблей, соединений, лечебных учреждений и военно-учебных заведений должны устанавливать и постоянно поддерживать действенную связь с учреждениями, ведущими политико-воспитательную и санитарно-просветительную работу (Общество по распространению политических и научных знаний, Дома санитарного просвещения и т. д.), пользуясь их методической и материальной помощью (использование наглядных посо-

бий, литературы, материалов для лекций и бесед) при организации и проведении санитарно-просветительной работы.

656. При подведении итогов работы медицинской службы за учебный год следует подвергать анализу эффективность санитарно-просветительной работы в сочетании с другими лечебно-профилактическими мероприятиями и использовать полученные данные для дальнейшего улучшения санитарного просвещения и медицинского обеспечения войск.

ГЛАВА XXI

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С ПИСЬМАМИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

657. Разбор писем военнослужащих показывает, что часть их обусловлена теми или иными дефектами в организации и проведении медицинского обслуживания в некоторых частях и военно-лечебных учреждениях. Устранение указанных дефектов приведет к дальнейшему улучшению постановки лечебно-профилактического обеспечения военнослужащих.

658. При разборе писем следует руководствоваться Дисциплинарным уставом Вооруженных Сил Союза ССР, 1946 г. (глава 15), приказом Министра Вооруженных Сил Союза ССР № 34, 1949 г., и директивой Министра обороны Союза ССР № Д—31 от 17 мая 1956 г., обязывающими командиров и начальников всех степеней:

— своевременно и правильно разбирать жалобы (письма, заявления), поступающие в воинские части, учреждения Советской Армии и Военно-Морского Флота;

— привлекать к строгой ответственности должностных лиц, виновных в формально-бюрократическом отношении к жалобам, а также лиц, не выполняющих принятые по ним решения;

— вести учет жалоб по форме, указанной в приложении к приказу Министра Вооруженных Сил № 34, 1949 г., и Дисциплинарному уставу (приложение 3);

— усилить воспитание военнослужащих в духе строжайшего выполнения требований воинских уставов; проявлять заботу о нуждах подчиненных.

659. Старший врач части, начальник медицинской службы соединения, начальник учреждения при рассмотрении писем

обязаны принимать решение по полученному письму в трехдневный срок с момента поступления, причем установить:

а) принять ли письмо к своему рассмотрению;

б) представить ли его по команде, если права их для удовлетворения просьбы недостаточны;

в) направить ли письмо соответствующему учреждению (организации) по принадлежности.

660. Письма, в которых военнослужащий сообщает о фактах неудовлетворительного медицинского обслуживания и невнимательного отношения медицинских работников к больным, должны быть направлены для рассмотрения и принятия мер вышестоящему начальнику медицинской службы, а в некоторых случаях командиру части (учреждения).

661. По письмам, указывающим на недочеты в работе медицинской службы и не требующим проверки, связанной с запросом других учреждений, истребований дополнительных документов или наведения сложных справок, должно быть принято решение не позднее семи дней со дня их поступления.

Письма, по которым требуется дополнительная проверка или взятие «на контроль», должны быть рассмотрены в военно-медицинских отделах округов с принятием необходимых решений в сроки не свыше месяца, а в воинских частях и учреждениях — в сроки не свыше 20 дней со дня их поступления.

662. При работе с письмами необходимо:

— внимательно изучать материал, помня, что основной задачей расследования каждого письма является, помимо удовлетворения законных претензий заявителя, выявление и устранение возможных недочетов в деятельности медицинской службы;

— при повторном письме по одному и тому же вопросу подробно изучить правильность ранее принятого решения;

— проверять при выезде в войска организацию работы с письмами, обращая особое внимание на проверку достоверности данных расследования и на полноту принятых мер.

663. Письмо берется «на контроль», если оно направлено:

— из вышестоящих инстанций и органов печати со штампом «контроль»;

— с фактами грубости и невнимательности медицинского персонала;

— с фактами серьезных дефектов в организации медицинского обслуживания.

664. При работе с письмами, взятыми «на контроль», необходимо:

— обеспечивать контроль за своевременным получением донесений с мест, а при задержке их докладывать инстанции, ожидающей ответ, с указанием причин задержки;

— давать исчерпывающие ответы в донесении вышестоящей инстанции на все поставленные вопросы с указанием причин, вызвавших тот или иной недочет, и какие конкретные меры приняты по их устранению и недопущению в дальнейшем.

665. Ответ заявителю по письму должен быть дан через командира части или непосредственно с указанием принятого решения, а в случае подтверждения жалобы — об обоснованности последней. При отрицательном разрешении жалобы (или при ее неподтверждении) ответ должен быть мотивированным.

666. Перед тем как прекратить переписку по письму, следует удостовериться в полноте мероприятий по удовлетворению обоснованной просьбы заявителя и в устранении в данной воинской части, лечебном учреждении причин, порождающих жалобы.

667. В военно-лечебных учреждениях, соединениях и округах не реже одного раза в квартал необходимо проводить всесторонний анализ рассмотренных писем с целью установления причин, их вызвавших, для последующего проведения мероприятий, направленных на улучшение лечебно-профилактического обеспечения военнослужащих.

ГЛАВА XXII

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ СОЮЗА ССР

668. В системе Министерства обороны Союза ССР существуют детские учреждения двух типов: детские сады и пионерские лагеря.

669. Детские учреждения Министерства обороны работают на основе «Положения о детских учреждениях Министерства обороны Союза ССР» (Воениздат, 1956), объявленного приказом Начальника Тыла Министерства обороны № 65, 1956 г., в котором указаны задачи детских учрежде-

ний, порядок их организации, структура, порядок приема и отчисления детей, данные об управлении и материальном обеспечении детских учреждений.

670. Детские сады осуществляют задачи по обеспечению всестороннего развития детей дошкольного возраста (от 3 до 7 лет), воспитания их в духе коммунистической морали, расширяют их кругозор, готовят к обучению в школе.

671. Детские сады открываются непосредственно воинскими частями, учреждениями и военно-учебными заведениями Министерства обороны Союза ССР с разрешения командующего войсками округа, флота в пределах утвержденного плана для округа, флота и выделенных денежных средств, а в воинских частях и учреждениях центрального подчинения — с разрешения начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Союза ССР.

672. Для детских садов воинские части, как правило, строят или выделяют отдельные здания с земельными участками. Детские сады вместимостью до 100 мест допускается размещать в первых двух этажах жилых или общественных зданий.

673. При организации детского сада должны строго соблюдаться нормы строительства и объема помещений, комплектования групп детьми, оборудования, а также санитарные правила, установленные Министерством здравоохранения и Министерством просвещения союзной республики, на территории которой создается детский сад.

674. Воспитательная работа с детьми проводится согласно «Уставу детского сада» (Учпедгиз, 1944 г.) и «Руководству для воспитателя детского сада» (Учпедгиз, 1953 г.).

Общее педагогическое руководство и подготовка педагогических кадров для детских садов Министерства обороны Союза ССР возложены на министерства просвещения союзных республик (Постановление ЦИК и СНК СССР от 27 июня 1936 г.).

675. Медицинское обслуживание детей в детских садах обеспечивается органами Министерства здравоохранения союзной республики (Постановления СНК СССР № 711 от 3 октября 1937 г. и № 1571 от 10 ноября 1944 г.).

Медицинское обслуживание детей в детских садах в закрытых гарнизонах или в гарнизонах, значительно удаленных от лечебных учреждений местных органов здравоохранения, осуществляется силами медицинской службы воинских частей, при которых открыты детские сады.

Лечебно-профилактическая работа в детских садах проводится согласно инструкциям и указаниям министерств здравоохранения СССР и союзных республик.

676. Пионерские лагеря Министерства обороны Союза ССР организуются для летнего отдыха школьников. В них направляют детей военнослужащих, рабочих и служащих Советской Армии и Военно-Морского Флота в возрасте от 7 до 15 лет.

677. Основная задача пионерского лагеря — укрепить здоровье и физическое развитие детей, расширить их общий кругозор. Работа с детьми должна проводиться в соответствии с основными педагогическими требованиями, с учетом возраста, интересов и уровня знаний детей.

Особое внимание в пионерских лагерях должно уделяться оздоровительной работе с использованием естественных факторов природы (солнце, воздух, вода).

678. Пионерские лагеря организуются непосредственно воинскими частями, учреждениями и учебными заведениями с разрешения командующего войсками округа, флота в пределах утвержденного плана для округа, флота и выделенных денежных средств, а в воинских частях и учреждениях центрального подчинения — с разрешения начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Союза ССР.

679. Воспитательная работа с детьми в пионерских лагерях проводится на основе указаний ЦК ВЛКСМ и ВЦСПС.

680. Медицинское обслуживание детей в пионерских лагерях проводится штатными медицинскими работниками лагеря. Начальник медицинской службы воинской части непосредственно руководит деятельностью медицинских работников пионерского лагеря, оказывает им необходимую помощь в работе, обеспечивает медицинским имуществом.

681. Детские учреждения Министерства обороны Союза ССР (детские сады и пионерские лагеря) находятся в ведении соответствующих командиров воинских частей, начальников учреждений и военно-учебных заведений, которые несут ответственность за их работу и материальное обеспечение.

На начальников медицинской службы воинских частей возложен контроль за санитарно-гигиеническим состоянием детских учреждений, проведением профилактических мероприятий и питанием детей.

ГЛАВА XXIII

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ ПЕНСИОНЕРОВ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ СОЮЗА ССР И ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СОВЕТСКОЙ АРМИИ И ВОЕННО-МОРСКОГО ФЛОТА

682. Изготовление протезно-ортопедических изделий и ортопедической обуви для пенсионеров Министерства обороны Союза ССР и военнослужащих Советской Армии и Военно-Морского Флота производится на протезных предприятиях министерств социального обеспечения союзных республик.

683. Инвалидам Великой Отечественной войны, состоящим на пенсионном обеспечении Министерства обороны Союза ССР, протезно-ортопедические изделия (протезы, корсеты, аппараты, туторы) первично и в последующем выдаются органами Министерства социального обеспечения через подведомственные им протезно-ортопедические предприятия (заводы, мастерские) на сроки, установленные инструкциями этих министерств.

684. Замена протезно-ортопедических изделий производится после того, как они пришли в негодность, но не ранее двух лет со дня выдачи.

685. Сложная ортопедическая обувь и обувь на ортопедические аппараты выдается сроком на один год инвалидам I группы бесплатно, инвалидам II группы — за наличный расчет по ценам обуви на протезы со скидкой в размере 50%, остальным лицам, страдающим деформациями стопы или укорочением нижней конечности от 3 *см* и выше, — за наличный расчет по ценам обуви на протезы.

686. Персональные пенсионеры и инвалиды I и II групп, состоящие на пенсионном обеспечении Министерства обороны Союза ССР, при получении протезов нижних конечностей как при первичном, так и при повторном протезировании одновременно с протезом получают одну пару обуви на один год за наличный расчет со скидкой в размере 50% стоимости по прейскуранту.

687. Инвалиды Великой Отечественной войны — пенсионеры Министерства обороны Союза ССР, которые не могут самостоятельно передвигаться на протезах и аппаратах вследствие тяжелых поражений нижних конечностей, обеспечиваются моторными колясками на основании заключения

областных, краевых или республиканских врачебно-трудовых экспертных комиссий бесплатно (распоряжение Совета Министров РСФСР № 227—р от 24 января 1957 г. и № 3793—р от 13 августа 1957 г.).

688. Обмен мотоколясок (С—3—Л и С—3—А) производится после того, как они пришли в негодность, но не ранее пяти лет со дня получения.

689. Офицеров, генералов и адмиралов, состоящих на военной службе и нуждающихся по заключению военно-лечебного учреждения в протезно-ортопедических изделиях, обеспечивает бесплатно военно-медицинский отдел округа через протезно-ортопедические предприятия министерств социального обеспечения республик за счет сметы Министерства обороны Союза ССР.

690. Ортопедическую обувь, слуховые аппараты и глазные протезы военнослужащие сверхсрочной службы, офицеры, генералы и адмиралы приобретают за свой счет.

691. Протезно-ортопедические изделия инвалидам Великой Отечественной войны, пенсионерам Министерства обороны Союза ССР из числа офицеров, генералов и адмиралов отпускаются за счет средств социального обеспечения по месту жительства.

692. Мелкие протезно-ортопедические изделия (костыли, трости, бандажи-набрюшники, пронаторы, супинаторы, а также запасные части к протезам) инвалидам I группы отпускаются органами социального обеспечения бесплатно, всем остальным лицам — за наличный расчет по ценам прейскуранта.

693. Солдатам, сержантам срочной службы и курсантам военно-учебных заведений, нуждающимся в коррекции зрения, корригирующие очки выдаются бесплатно за счет сметы Министерства обороны Союза ССР.

Военнослужащие сверхсрочной службы, офицеры, генералы и адмиралы корригирующие очки приобретают за свой счет.

694. Заявки на изготовление протезов подаются старшим врачом части или начальником лечебного учреждения в военно-медицинский отдел округа с указанием воинского звания лица, нуждающегося в протезировании, его фамилии, имени, отчества, возраста, должности, диагноза. В заявке следует также указать, связано ли заболевание или повреждение с несением военной службы, когда был получен протез в последний раз, в каком виде протезно-ортопедических изделий нуждается.

695. Обеспечение протезами и всеми видами протезно-ортопедических изделий членов семей офицеров, генералов и адмиралов, состоящих на действительной военной службе, пенсионеров Министерства обороны Союза ССР и инвалидов Великой Отечественной войны производится органами социального обеспечения на общих основаниях.

696. Порядок снабжения зубными протезами см. главу IV части первой настоящего Руководства.

ГЛАВА XXIV

ОБЯЗАННОСТИ ГАРНИЗОННОГО ВРАЧА В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ЧАСТЕЙ ГАРНИЗОНА

697. Медицинское обслуживание, в том числе лечебно-профилактическое обеспечение частей и учреждений центрального подчинения, других частей и учреждений неокружного подчинения, находящихся на территории округа, проводится силами и средствами медицинской службы округа на равных основаниях с частями и учреждениями округа в порядке гарнизонной службы.

698. Гарнизонный врач в соответствии с Уставом гарнизонной и караульной служб Вооруженных Сил Союза ССР организует и проводит общие для гарнизона лечебно-профилактические мероприятия, обращая особое внимание на их проведение в воинских частях гарнизона, не входящих в состав соединений или имеющих центральное или иное подчинение. В этих частях гарнизонный врач, в частности:

— проверяет организацию медицинского контроля за физическим состоянием личного состава и проведение необходимых лечебно-профилактических мероприятий;

— изучает движение заболеваемости и в неотложных случаях через начальника гарнизона принимает меры к ее снижению;

— контролирует организацию лечебного обслуживания, в том числе качество обследования и лечения больных в амбулаториях и стационарах (лазаретах), оказывает войсковым врачам практическую помощь в улучшении постановки этого обслуживания;

— контролирует выполнение основных положений и директив по медицинскому снабжению, степень обеспеченности медицинским имуществом; в случаях, не терпящих отлагательства, принимает меры к дообеспечению этим имуществом с немедленным докладом начальнику медицинской службы округа.

699. При проведении общих для гарнизона лечебно-профилактических мероприятий гарнизонный врач:

— организует лечебно-профилактическое обслуживание частей и учреждений, не имеющих врачебного состава, прикрепляя их с разрешения начальника гарнизона к тем частям и учреждениям, где врачебный состав имеется, или по договоренности с органами здравоохранения — к гражданским лечебным учреждениям;

— организует в гарнизоне неотложную медицинскую помощь, устанавливает порядок ее оказания военнослужащим, живущим вне расположения частей, используя в зависимости от местных условий врачебный состав и санитарный транспорт воинских частей, гражданских организаций скорой и неотложной помощи, личный состав и санитарный транспорт военно-лечебных учреждений гарнизона; порядок оказания неотложной помощи объявляется в приказе начальника гарнизона;

— совместно с начальниками медицинской службы соединений и начальником гарнизонного госпиталя организует специализированную лечебную помощь личному составу частей и учреждений Министерства обороны Союза ССР, а также генералам, адмиралам и офицерам, уволенным в запас и в отставку; с этой целью в случае необходимости по договоренности с местными органами здравоохранения использует и гражданские лечебные учреждения; обслуживание членов семей военнослужащих, рабочих и служащих Министерства обороны Союза ССР организует в соответствии с указанием главы XVI части первой настоящего Руководства;

— следит за содержанием больных в госпиталях гарнизона и периодически производит там обходы больных, наблюдает за лечением военнослужащих, находящихся в гражданских лечебных учреждениях, и за своевременной выпиской их;

— изучает причины инфекционных заболеваний в частях гарнизона и среди местного населения, а также происшествий, повлекших за собою ранение или смерть военнослужащих, и принимает необходимые меры по ликвидации заболеваний

и по предотвращению этих происшествий, немедленно докладывая о своих мероприятиях начальнику гарнизона и начальнику медицинской службы округа;

— организует после согласования с начальником гарнизонного госпиталя выезды специалистов госпиталя в части для оказания консультативной помощи на месте;

— во время очередных медицинских обследований личного состава гарнизона оказывает практическую помощь старшим врачам частей, организуя путем договоренности с начальником гарнизонного госпиталя или с гражданскими органами здравоохранения обследования в рентгеновском кабинете, необходимые лабораторные анализы, а также консультации врачей-специалистов;

— организует лечебно-профилактическое обслуживание команд и отдельных военнослужащих, прибывающих в гарнизон или следующих через его территорию;

— организует медицинское обеспечение частей, привлекаемых на гарнизонные торжества, спортивные соревнования, а также для борьбы с пожарами и со стихийными бедствиями;

— проверяет санитарное состояние помещений гарнизонных караулов и гауптвахты; организует медицинские осмотры арестованных, содержащихся на гарнизонной гауптвахте, и оказание им медицинской помощи;

— устанавливает порядок работы гарнизонных военно-врачебной и санаторно-отборочной комиссий; в гарнизонах, где функции гарнизонной военно-врачебной комиссии выполняет врачебная комиссия гарнизонного госпиталя, согласовывает с начальником госпиталя порядок работы этих комиссий; в отдельных случаях (см. главу XVIII части первой настоящего Руководства) лично производит отбор и направление на санаторно-курортное лечение;

— организует и проверяет работу детских учреждений (сады, пионерские лагеря), имеющих общегарнизонное значение;

— проводит совещания и занятия с врачами и отдельно с фельдшерами частей гарнизона с целью обмена опытом и повышения их квалификации; на совещаниях, в частности, заслушиваются доклады начальника гарнизонного госпиталя о помощи частям гарнизона;

— организует посещение врачами гарнизона заседаний госпитальных конференций, научных обществ, клинико-анатомических конференций;

— обеспечивает систематическое повышение лечебной квалификации войсковых врачей, улучшение лечебно-профилактического обеспечения войск в мирное время и подготовку медицинской службы к выполнению задач в условиях современного боя и операции;

— планирует и организует проведение лечебной практики и дежурства войсковых врачей на базе гарнизонных госпиталей и медико-санитарных батальонов (гражданских больниц) в соответствии с приказами Министра обороны СССР и директивами начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны СССР;

— проводит мероприятия по сколачиванию медицинских подразделений и лечебных учреждений гарнизона для работы в полевых условиях (проведение специальных учений, отработка отдельных эпизодов по тревоге и др.); по ряду вопросов обеспечивает координацию действий с местными органами здравоохранения и подразделениями МПВО;

— оказывает содействие гражданским общественным организациям, в частности организациям Красного Креста и Красного Полумесяца и Всесоюзному обществу по распространению политических и научных знаний, привлекая с разрешения начальника гарнизона врачей для ведения военно-медицинской работы в этих организациях и для проведения лекций на военно-медицинские темы.

700. На случай объявления тревоги в гарнизоне гарнизонный врач разрабатывает план необходимых лечебно-профилактических мероприятий.

701. Всю работу по медицинскому обеспечению призывников гарнизонный врач ведет в соответствии с указаниями начальника военно-медицинского отдела округа и начальника окружной военно-врачебной комиссии.

702. В подготовительный к призыву период гарнизонный врач:

— контролирует полноту проведения органами гражданского здравоохранения лечебно-профилактических мероприятий среди призывников в период между припиской их к призывному участку и призывом в армию;

— устанавливает и поддерживает связь с местными органами военного управления и местными гражданскими органами здравоохранения по вопросам медицинского обеспечения очередных призывов;

— участвует в составлении общего плана медико-санитарного обеспечения призываемых;

— участвует в отборе в состав призывных комиссий врачей, знакомых с методикой массового освидетельствования и имеющих опыт работы в призывных комиссиях;

— совместно с начальником гарнизонного госпиталя принимает меры к тому, чтобы при необходимости обеспечить участие в призывных комиссиях специалистов-консультантов, возможность рентгенологического и лабораторного исследования призываемых, а также дополнительного амбулаторного обследования их в гарнизонном госпитале, в случаях, когда гражданские органы здравоохранения не могут провести нужные обследования в своих учреждениях; при невозможности выделения необходимого числа коек в гражданских лечебных учреждениях для стационарного обследования призываемых в армию гарнизонный врач докладывает начальнику военно-медицинского отдела округа о необходимости выделить для этой цели койки в военно-лечебных учреждениях;

— контролирует представление в призывные комиссии списков призывников, состоящих на учете в туберкулезных, нервно-психиатрических и венерологических учреждениях;

— инструктирует врачей, выделенных для работы в призывных комиссиях, по вопросам организации и методики освидетельствования, обеспечивает ознакомление их с руководящими материалами по освидетельствованию призываемых в соответствии с указаниями окружной военно-врачебной комиссии;

— участвует в выборе соответствующих установленным требованиям помещений для работы призывных комиссий;

— наблюдает за обеспечением врачебных комиссий необходимым оборудованием — приборами, инструментами и медицинскими средствами — за счет гражданских органов здравоохранения и в случае необходимости за счет военно-медицинской службы.

703. В период призыва гарнизонный врач контролирует работу врачей призывных комиссий, принимает меры к устранению замеченных недочетов, действуя через районный и городской военный комиссариаты и отделы здравоохранения, о результатах проверки докладывает начальнику гарнизона.

704. Перед отправкой призывников в части гарнизонный врач совместно с городским военным комиссариатом и городским отделом здравоохранения:

— проверяет организацию врачебного осмотра всех принятых в армию призывников и выделяет заболевших;

— контролирует организацию медицинского обслуживания призывников в пути следования (выделение сопровождающего медицинского состава и обеспечение необходимыми медикаментами и санитарно-хозяйственным имуществом).

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ВОЕННО-ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

ГЛАВА I

ЗАДАЧИ И СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ ГОСПИТАЛЕЙ

705. Задачами госпиталей [1] являются:

— оказание личному составу войск квалифицированной (специализированной) медицинской помощи;

— оказание личному составу войск медицинской помощи в поликлиниках и организация консультаций специалистов;

— систематическая помощь частям и соединениям в постановке лечебной работы и в осуществлении лечебно-профилактического обеспечения личного состава;

— первичная специализация и усовершенствование врачебного состава частей и соединений;

— изучение совместно с медицинской службой частей и соединений условий возникновения заболеваний среди личного состава войск и выработка эффективных лечебно-профилактических мероприятий по снижению или ликвидации их;

— медицинское освидетельствование военнослужащих для установления годности их к военной службе или нуждаемости в тех или иных лечебно-профилактических мероприятиях;

— проведение военно-научной (научно-исследовательской), рационализаторской и изобретательской работы в области лечебно-профилактического обеспечения войск;

— обучение больных оказанию само- и взаимопомощи;

— пропаганда среди больных медицинских знаний, обучение правилам личной и коллективной гигиены;

---

[1] Здесь и в дальнейшем имеются в виду соответственно госпитали, дивизионные (бригадные) лазареты, медико-санитарные батальоны (роты) дивизий, гарнизонные и базовые лазареты.

— изучение влияния летной работы на состояние здоровья летчиков и влияния состояния их здоровья на летную работу; методическое руководство научно-практической работой по этим вопросам в частях, училищах, кабинетах и лабораториях авиационной медицины;

— оказание помощи врачебно-летным комиссиям соединений и учебных заведений при очередных переосвидетельствованиях летного состава;

— специализация авиационных врачей по вопросам врачебно-летной экспертизы и отдельным клиническим специальностям.

706. Полноценное лечебно-диагностическое обслуживание больных в госпиталях Советской Армии и Военно-Морского Флота достигается своевременным (ранним) установлением диагноза и применением рациональных и эффективных методов лечения. Для этого госпиталь должен быть укомплектован квалифицированным врачебным составом и оснащен современной медицинской аппаратурой и лекарственными средствами.

707. В госпитали помещают больных военнослужащих для специального клинического обследования, наблюдения и лечения, которыми медицинские пункты воинских частей и соединений обеспечить не могут.

708. Работа в госпитале должна быть организована так, чтобы больные могли получить медицинскую помощь, в которой они нуждаются, в полном объеме и в любое время суток.

Для этого необходимо:

— разработать специальные инструкции для дежурного персонала (дежурный врач, дежурные медицинские сестры в отделениях, операционная сестра, дежурные специалисты и др.) и добиться усвоения и точного выполнения их;

— обеспечить возможность вызова в госпиталь любого специалиста или работника во всякое время дня и ночи, имея у дежурных адреса личного состава;

— иметь дежурный санитарный транспорт, постоянно готовый к выезду;

— обеспечить возможность оказания в любое время дня и ночи скорой и квалифицированной неотложной медицинской помощи нуждающимся в ней;

— иметь специальный план, предусматривающий развертывание дополнительных коек, предусмотреть содержание в складе всего необходимого для массового приема больных и пострадавших;

— предоставить квартиры на территории госпиталя или вблизи него лицам, которые по экстренным вызовам должны быстро являться на работу (хирург, операционная сестра, начальник аптеки и др.).

Планирование работы госпиталя

709. В декабре каждого года начальник медицинской части госпиталя в соответствии с указаниями вышестоящего начальника медицинской службы составляет план лечебно-профилактической работы госпиталя на следующий год. План обсуждается на госпитальной врачебной конференции, после чего его утверждает начальник госпиталя.

Примерное содержание годового плана госпиталя:

А. Лечебно-профилактическая работа.

В этом разделе необходимо отразить следующие мероприятия: новые методы исследования и лечения, намечаемые к освоению врачами госпиталя; работа медицинского состава госпиталя в гарнизонных лазаретах и медицинских пунктах частей и соединений гарнизона, направленная на повышение квалификации войсковых врачей и оказание им консультативной помощи в улучшении лечебно-профилактических мероприятий в войсках; изучение ближайших и отдаленных результатов госпитального лечения, причин повторной госпитализации, динамики заболеваемости в данном гарнизоне и др.

Б. Военно-научная (научно-исследовательская) работа.

В этом разделе следует указать основные проблемы, намечаемые для военно-научной разработки; руководителей, исполнителей и сроки выполнения работ по отдельным темам; сроки заседаний научно-методического бюро и порядок его работы. Предусматривается также организация основных мероприятий по рационализаторской и изобретательской работе.

В. Военно-медицинская и специальная подготовка личного состава госпиталя.

По этому разделу планируют занятия с отдельными группами медицинского состава госпиталя (врачи, фармацевты, сестры, санитарки); тематику, время занятий, состав руководителей; организацию и проведение врачебных и клинико-анатомических конференций (примерная тематика, руководители конференций, сроки и т. д.); прикомандирование врачей для повышения их квалификации (с указанием сроков и учреждений по прикомандированию). Предусматри-

вается также спортивно-массовая работа и строевая подготовка.

Г. Организация дежурств и лечебной практики врачей частей и соединений, базирующихся на данный госпиталь.

Это мероприятие направлено на практическое освоение войсковыми врачами методов обследования больных, ранней диагностики, профилактики и лечения широко распространенных заболеваний и травматических повреждений, в первую очередь—требующих неотложной медицинской помощи.

Начальники военных госпиталей оформляют прибывших войсковых врачей для прохождения лечебной практики своим приказом. Последним определяется срок лечебной практики, а также назначается руководитель из числа наиболее подготовленных начальников медицинских отделений (хирургических, терапевтических и инфекционных).

Начальники медицинских отделений, назначенные руководителями лечебной практики, подготовку войсковых врачей проводят по строго индивидуальному плану (см. приложение 20).

При определении объема теоретических знаний и практических навыков, предусматриваемых каждым индивидуальным планом, учитывается уровень теоретической и практической подготовки войскового врача, заболеваемость и состояние лечебной работы в той части, из которой прибыл войсковой врач, с тем чтобы в первую очередь осваивались вопросы, по которым врач имеет наиболее слабую подготовку.

Во время прохождения лечебной практики для войсковых врачей устанавливается 8-часовой рабочий день в медицинских отделениях, лабораториях, лечебно-диагностических кабинетах и поликлинике, а также 3—4-часовая самостоятельная подготовка к предстоящим занятиям. Кроме того, каждый войсковой врач во время лечебной практики привлекается к дежурствам по госпиталю (один раз в неделю).

Прикомандированные войсковые врачи привлекаются на врачебные обходы, самостоятельно ведут истории болезни, выполняют врачебные манипуляции, при этом руководители лечебной практики добиваются от них освоения объема амбулаторной помощи, оказываемой в медицинском пункте части. Войсковые врачи привлекаются к поликлиническому приему под руководством и контролем начальника медицинского отделения, а также участвуют на утренних врачебных

конференциях, где наравне с госпитальными врачами докладывают о ходе лечения закрепленных за ними больных.

В период прохождения лечебной практики войсковые врачи систематически ведут дневники по установленной форме (см. приложение 20), в которые заносят все выполненные мероприятия и в которых ставятся оценки руководителей лечебной практики.

По окончании очередной лечебной практики на каждого войскового врача его непосредственным руководителем составляется развернутая характеристика, которая утверждается начальником лечебного учреждения. Этот документ направляется командиру соответствующей части.

Д. Общие мероприятия госпиталя.

710. В годовом плане предусматривают: очередные медицинские обследования офицерского состава, а также служащих госпиталя; медицинские осмотры и обследования на бациллоносительство работников кухни-столовой; организацию медико-санитарного наблюдения за состоянием госпиталя, общественным питанием и оказанием медицинской помощи личному составу.

711. При составлении плана политико-воспитательной и партийно-массовой работы заместитель начальника госпиталя по политической части учитывает задачи, стоящие перед госпиталем, и руководствуется указаниями вышестоящих политических органов.

712. План материально-технического обеспечения госпиталя составляет заместитель начальника госпиталя по снабжению (он же начальник части материально-технического обеспечения). В плане предусматриваются основные мероприятия, которые должна выполнить в будущем году каждая служба — продовольственная, вещевая, квартирно-эксплуатационная, а также транспорт. В него включаются и мероприятия по специальной подготовке офицеров интендантской службы.

713. На основании годовых планов начальник медицинской части, заместители начальника госпиталя по политической части и по снабжению составляют месячные планы, которые утверждает начальник госпиталя. В месячных планах перечисляются работы с конкретизацией их как по отдельным мероприятиям, так и по срокам исполнения.

714. Начальник госпиталя в конце месяца проверяет выполнение месячных планов. Кроме того, он ежеквартально организует проверку выполнения общего годового плана ра-

бот госпиталя. Итоги выполнения плана работ с докладами начальника медицинской части и заместителя по снабжению обсуждаются на совещании офицеров госпиталя.

Военно-медицинская и специальная подготовка личного состава госпиталя

715. Военно-медицинская и специальная подготовка личного состава проводится с целью повышения квалификации медицинского состава и подготовки его к работе по медицинскому обеспечению войск в условиях военного времени.

716. Военно-медицинская и специальная подготовка осуществляется:

— в процессе практической работы врачей в лечебно-диагностических отделениях, на клинических разборах больных при обходах начальника отделения или ведущего специалиста;

— путем активного участия врачей во врачебных и клинико-анатомических конференциях, самостоятельной работы, тренировочных занятий в усложненных условиях и т. д.;

— на занятиях (лекциях), организуемых командованием госпиталя по актуальным вопросам теоретической и клинической медицины;

— путем краткосрочных прикомандирований врачей госпиталя на рабочие места в окружной госпиталь или местные клиники (больницы), а также Военно-медицинскую ордена Ленина академию им. С. М. Кирова.

717. Врачебные и клинико-анатомические конференции организует начальник медицинской части госпиталя. Они могут быть общеврачебными, т. е. для всего врачебного состава, и по специальностям: терапевтические, хирургические и пр.

Конференции, а также все служебные совещания следует проводить в лечебно-диагностических отделениях во второй половине дня, по окончании работы, и привлекать к участию в них войсковых врачей.

На конференциях, особенно на клинико-анатомических, должна быть полная свобода обмена мнениями, широко развернутая критика и самокритика недостатков, имеющихся в лечебно-профилактической работе госпиталя.

718. С санкции начальника медицинской службы округа начальник госпиталя может направлять врачей в местные клиники или крупные больницы для прикомандирования на рабочее место сроком 1—2 месяца (по личной договоренно-

сти с их директорами). Цель прикомандирования — изучение нового метода исследования, лечения или повышение квалификации.

719. Прикомандирование врачей для повышения квалификации по специальности к окружным госпиталям производится по плану начальника медицинской службы округа.

720. Прикомандирование врачей к Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова осуществляется по плану Главного военно-медицинского управления Министерства обороны.

Связь госпиталя с частями

721. Постоянная связь между врачами госпиталя и врачами частей является непременным условием плодотворной работы медицинской службы Советской Армии и Военно-Морского Флота и достижения успеха в лечебно-профилактическом обеспечении войск.

Госпиталь является учебно-методическим центром данного гарнизона, поддерживает постоянную связь с частями путем плановых выездов врачей госпиталя в части и привлечения медицинского состава частей к военно-научной и практической работе госпиталя.

722. Выезды специалистов госпиталя в части при необходимости организуются и возглавляются гарнизонным врачом или начальниками медицинской службы соединений, приписанных на обслуживание к данному госпиталю, по согласовании с начальником госпиталя в зависимости от фактических потребностей с обязательным учетом загрузки специалистов по их основной работе.

При выезде в части врачи госпиталя должны:

— оказывать помощь медицинской службе частей в организации работы медицинских пунктов (консультации по вопросам, связанным с рациональным использованием помещения, его оборудованием и оснащением; с изучением особенностей службы в данной части; с работой в амбулатории и стационаре; с обеспечением неотложной и специальных видов помощи; с методикой изучения заболеваемости в части и выработкой конкретных в условиях части мер для снижения простудных, кожных, желудочно-кишечных, инфекционных заболеваний и травматизма; с организацией диететического питания в части и др.);

— устанавливать единство и преемственность в проведении лечебно-профилактических мероприятий в частях и в госпитале (организация показательных и консультативных приемов в медицинских пунктах частей); участвовать в медицинских обследованиях военнослужащих, информировать войсковых врачей о случаях запоздалой госпитализации, о диагностических ошибках, о поступлении из воинских частей больных, особенно с инфекционными, венерическими заболеваниями, туберкулезом, с травмами, проверять состояние здоровья военнослужащих, выписанных из госпиталя, и проведение рекомендованного им лечения в части и т. д.;

— содействовать повышению квалификации медицинского состава частей, рекомендовать использование медицинской литературы из библиотеки госпиталя; привлекать войсковых врачей к практической работе в госпитале и к участию в гарнизонных врачебных конференциях; обучать отдельным специальным исследованиям и терапевтическим (хирургическим) методикам;

— при посещении войсковой части специалист госпиталя заносит в амбулаторный журнал (форма № 5) в произвольной форме предложения, направленные на улучшение медицинского обслуживания личного состава.

723. О проведенной работе в частях и о сделанных предложениях врачи госпиталя докладывают командирам частей и начальнику госпиталя.

724. Выезды врачей госпиталя в части планируются ежеквартально начальником госпиталя.

Планы согласовываются с гарнизонными врачами и начальниками медицинской службы соединений, приписанных для обслуживания к госпиталю. При планировании учитывают данные о заболеваемости в частях (по сведениям поликлинического и приемного отделений), а также материалы, характеризующие работу войсковой медицинской службы (запоздалая госпитализация, дефекты диагностики и лечения и т. п.). В плане указывается очередность выездов и конкретные задачи их в каждом отдельном случае.

В конце года проделанная работа обобщается начальником госпиталя и докладывается начальнику медицинской службы округа отдельным разделом в объяснительной записке к форме № 72 мед.

ГЛАВА II

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ВОЕННО-ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ФУНКЦИИ ИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ

Дивизионный (бригадный) лазарет, гарнизонный лазарет

725. В лазаретах медицинских пунктов соединений и в гарнизонных лазаретах квалифицированному лечению подлежат больные с заболеваниями внутренних органов, хирургическими и кожно-венерическими болезнями. В неотложных случаях в лазаретах оказывается медицинская помощь всех видов; инфекционных и подозрительных на инфекцию больных изолируют до направления в специализированное отделение.

При наличии медицинских показаний больных из лазаретов направляют в ближайшие военные госпитали.

Примечания: 1. Специализацию коек лазаретов (распределение штатного числа коек по специальностям) устанавливает соответственно начальник медицинской службы соединения (округа); она может изменяться в зависимости от возлагаемых на лазареты задач.

2. При всех условиях в лазаретах развертывается изолятор на две инфекции.

726. Функции лечебно-диагностических отделений лазарета медицинского пункта соединения и гарнизонного лазарета аналогичны функциям госпиталя.

При лазарете соединения и при гарнизонном лазарете приказом командующего войсками округа создается военно-врачебная комиссия, к работе в которой привлекаются врачи этих лечебных учреждений. Военно-врачебная комиссия действует на тех же основаниях, что и госпитальная военно-врачебная комиссия.

727. Начальник медицинского пункта соединения подчиняется начальнику медицинской службы соединения, начальник гарнизонного лазарета — непосредственно начальнику медицинской службы военного округа.

Военный госпиталь и функции его подразделений

728. Военные госпитали содержатся по штатам, которыми устанавливается число развертываемых коек с перечнем лечебно-диагностических и вспомогательных отделений и

подразделений обслуживания, с указанием количества медицинского и обслуживающего персонала и транспорта. Этими же штатами определяются и табели госпитального имущества.

729. Специализацию коек госпиталя (распределение штатного числа коек по специальностям) устанавливает начальник госпиталя с последующим утверждением начальником медицинской службы военного округа, она может изменяться в зависимости от возлагаемых на госпиталь задач.

730. В зависимости от местных условий и потребностей в госпитале могут создаваться (или ему придаваться) дополнительные лечебные отделения: родильное, детское, психиатрическое, гинекологическое, которые содержатся по особым штатам. Эти отделения включаются в состав госпиталя с соответствующим увеличением общего штатного числа коек.

731. В необходимых случаях в госпиталях с малым числом коек допускается создавать нештатные лечебно-диагностические отделения (палаты) той или иной специальности. Эти отделения (палаты) организационно включаются в состав основных лечебно-диагностических отделений госпиталя.

732. Для улучшения лечебного обслуживания офицеров, генералов и адмиралов, находящихся на лечении, в госпиталях выделяются офицерские палаты или офицерские отделения.

733. Каждый госпиталь имеет: медицинскую часть, партийно-политический аппарат, часть материально-технического обеспечения, финансовое отделение, административное отделение и аптеку.

Медицинская часть госпиталя

734. В медицинскую часть госпиталя входят:

— приемное отделение;

— лечебно-диагностические отделения;

— поликлиническое отделение (поликлиника).

Медицинскую часть возглавляет заместитель начальника госпиталя (он же начальник медицинской части госпиталя). Он непосредственно руководит деятельностью этих подразделений и отвечает за их состояние во всех отношениях.

Начальник госпиталя выделяет в распоряжение начальника медицинской части для ведения медицинского делопроизводства статистиков, делопроизводителей и машинисток (в зависимости от штата госпиталя).

Приемное отделение

735. В приемном отделении производится оказание неотложной помощи, регистрация поступающих больных, предварительный врачебный осмотр, санитарная обработка и последующее направление их в лечебно-диагностические отделения. Непосредственное руководство приемным отделением осуществляет начальник отделения, а в его отсутствии — дежурный врач.

Лечебно-диагностические отделения

Лечебно-диагностические отделения разделяются по специальностям (терапевтическое, хирургическое, кожно-венерическое и др.). В них оказывают в полном объеме квалифицированную медицинскую помощь больным в целях скорейшего возврата их в строй или к труду.

В зависимости от штата госпиталя в его состав входят также следующие лечебно-диагностические отделения, обеспечивающие лечебный процесс в госпитале: отделение функциональной диагностики, рентгеновское, физиотерапевтическое, лабораторное, лечебной физкультуры, зубоврачебное, патологоанатомическое.

Лечебно-диагностические отделения должны обслуживать как стационарных, так и амбулаторных больных (в поликлиническом отделении [1]).

Партийно-политическое обеспечение госпиталя

736. Заместитель начальника госпиталя по политической части вместе с партийным бюро организует партийную работу и несет непосредственную ответственность за ее состояние как среди больных, так и среди постоянного состава госпиталя.

Часть материально-технического обеспечения госпиталя

737. Обеспечение госпиталя продовольствием, вещевым, квартирно-эксплуатационным имуществом и транспортом осуществляется частью материально-технического обеспечения госпиталя, в состав которой входят:

— отделение продовольственного снабжения (включающее госпитальную кухню и продовольственные склады);

---

[1] О поликлиническом отделении госпиталя (поликлинике) и его задачах см. главу VII части второй настоящего Руководства.

— отделение вещевого снабжения (включающее прачечную с дезкамерой и склады вещевого и санитарно-хозяйственного имущества, а также склад личных вещей больных);
— квартирно-эксплуатационное отделение;
— транспорт;
— прикухонное и подсобное хозяйства (если они имеются при госпитале).

Финансовое отделение госпиталя

738. Финансовое отделение обеспечивает полное и своевременное удовлетворение законных потребностей госпиталя в денежных средствах и экономное расходование их по целевому назначению, а также своевременную выплату военнослужащим, рабочим и служащим госпиталя денежного довольствия и заработной платы в соответствии с действующим законодательством.

Административное отделение госпиталя

739. Задачи административного отделения:
— ведение приказов по госпиталю;
— ведение секретного делопроизводства, а также несекретного, не относящегося к компетенции медицинской и хозяйственной части;
— оформление найма и увольнения рабочих и служащих Советской Армии и Военно-Морского Флота;
— учет кадров и хранение личных дел всего личного состава госпиталя.

Аптека

В функции аптеки входит приготовление лекарств и других фармацевтических препаратов, прием, хранение и выдача предметов медико-санитарного имущества.

Организация лечебно-диагностических отделений военного госпиталя

Общие положения

740. Лечебно-диагностические отделения военного госпиталя размещают с учетом следующих требований: отделения смежных специальностей и отделения, близкие по содержанию работы, должны находиться поблизости друг от друга (в одном корпусе). Туберкулезное и инфекционное отделе-

ния должны быть изолированы друг от друга и от прочих отделений. Наиболее пригодным следует признать отделение, рассчитанное на 40—50 коек.

741. Для лечебно-диагностических отделений необходимо предоставить светлое, теплое, хорошо вентилируемое помещение с отдельными палатами и общим коридором.

742. Планировку лечебно-диагностических отделений надо производить так, чтобы в каждом отделении наряду с большими палатами имелись малые на 2—4 койки и изолятор на одну — две койки для тяжелых или беспокойных больных. На одного больного отводится не менее 6 *м*^{2} площади.

Палаты для больных должны быть высотой 3—4 *м*. Потолки и стены окрашивают клеевой краской, панель до 2 *м* высоты — масляной, лучше всего в салатный, фисташковый, бирюзовый, палевый или розовый цвет. Специальные помещения хирургических отделений окрашивают белой масляной краской. Потолки их должны быть гладкие, без лепных украшений, а углы потолков — закругленные. Полы лучше всего покрыть линолеумом или метлахской плиткой.

Палаты следует располагать так, чтобы окна выходили на солнечную сторону (кроме госпиталей, расположенных в южных районах страны); площадь окон должна равняться $^1/_5$—$^1/_3$ площади пола. В одном — двух окнах в каждой палате должны быть фрамуги или форточки для вентиляции. В специальных палатах (для беспокойных больных) рамы окон делают с частым переплетом, а вместо обычного оконного стекла вставляют толстое (корабельное).

Каждое отделение обязательно обеспечивается аварийным светом (свечи, керосиновые лампы, аккумуляторные фонари). На прикроватных столиках желательно иметь настольные лампы. Ночью палаты освещаются слабым, не раздражающим больных светом.

Отопление может быть печное (с топкой из коридоров) и центральное (водяное); следует предпочитать последнее.

Сигнализацию (световую, звуковую или комбинированную) из палат устраивают с таким расчетом, чтобы на каждую койку была одна сигнальная точка (или одна точка на две смежные койки).

Устанавливать в палатах громкоговорители не разрешается. К каждой койке подводится радиоточка (с наушниками).

В каждой палате необходимо предусмотреть подводку для использования физиотерапевтической (рентгеновской) установки.

743. Подсобные помещения лечебно-диагностических отделений должны быть удобны для обслуживания и лечения больных. В каждом отделении необходимо иметь: кабинет начальника, ординаторскую, комнату старшей медицинской сестры, две процедурные, столовую (буфетная, моечная, раздаточная, оборудованная плитой для подогрева пищи и кипятильником); комнату для дневного отдыха больных; комнату для переодевания выписываемых больных (ее оборудуют вешалками и шкафами для хранения верхней одежды); санитарный блок (ванная с душами, туалетная с умывальниками, парикмахерская, уборная из расчета одно очко на 10—15 человек и один писсуар на 20—25 человек).

744. Специальные кабинеты для диагностических исследований и лечения больных развертывают и оборудуют в соответствии с их целевым назначением, профилем отделения и спецификацией коек (лаборатория, рентгеновский кабинет, кабинеты функциональной диагностики, эндоскопии, физиотерапии и пр.).

745. В каждом отделении желательно иметь два входа: один — для обслуживающего персонала (подноска пищи, дров, белья и пр.), другой — для больных и посетителей. Все подсобные помещения должны быть расположены в соответствии с их назначением и вблизи входов. Для приема посетителей рекомендуется отвести специальную комнату.

746. Больных размещают в палатах по определенному профилю, придерживаясь принципа однородности заболеваний. Это облегчает уход за больными и обслуживание их. Для тяжело больных отводят палаты вблизи поста дежурного медицинского персонала, палаты-изоляторы — в отдалении от всех прочих палат.

747. Посты для дежурного медицинского персонала (от одного до трех на отделение) с рабочим местом для медицинской сестры устраивают в коридоре. На посту должны быть: стол, настольная лампа, стулья, шкафы для хранения врачебных инструментов, медикаментов, предметов ухода и прочего специального оборудования и инвентаря, доска для вывешивания инструкций дежурному персоналу и разных объявлений.

748. Палаты для больных оборудуют госпитальными кроватями с металлическими сетками, прикроватными столиками (по одному на одну — две койки), стульями

по числу коек, столом и несколькими стульями для общего пользования. Кровати ставят на расстоянии 0,7—1 *м* одна от другой и в 1 *м* от наружной стены. Коридоры, подсобные помещения и специальные кабинеты, если нет специальной мебели, обставляют обычной мебелью (столы, стулья, кресла, диваны и пр.). Необходимые принадлежности каждой койки для больного: матрац, одна простыня, один пододеяльник, две подушки с двумя наволочками на каждой, одеяло и плевательница. Больному выдают халат, полотенце и туфли.

749. Начальник отделения обязан принять меры для создания в помещениях культурной и уютной обстановки и поддержания в них образцовой чистоты.

750. В перечень специального оснащения и медицинского оборудования отделения входят: стерилизаторы, плитки, шприцы разных объемов, аппарат Боброва, ингалятор, шпатели, почкообразные тазики, иглы Франка, предметные стекла, градуированная измерительная посуда, желудочные и дуоденальные зонды, воронки, жгуты, набор для переливания крови, роторасширитель, языкодержатель, подкладные судна, подкладные круги, пузыри для льда, грелки, мочеприемники, катетеры, кружки Эсмарха, мензурки, термометры для измерения температуры тела, водяные и комнатные термометры, щетки для мытья рук, пинцеты, скальпели, ножницы, перевязочный материал, кислородные подушки, аппарат для измерения артериального давления, весы, ростомер, сантиметровая лента, носилки и др.

Специальным инструментарием и аппаратурой отделение обеспечивается в соответствии с его профилем.

751. Медико-санитарное имущество (специальный врачебный инструментарий, предметы ухода за больными, медикаменты), а также истории болезни, заполненные на больных, должны храниться под замком.

Некоторые особенности организации специальных отделений военного госпиталя

752. В **приемном отделении** необходимо иметь: помещение для больных, ожидающих приема, с гардеробной и уборной (оно должно быть достаточных размеров, чтобы обеспечить одновременный групповой прием больных); регистратуру; кабинет врача; санитарный пропускник; процедурно-перевязочную с запасом медикаментов и инструментария, необходимых для оказания неотложной помощи; комнату для выполнения простейших лабораторных исследований.

Желательно иметь также рентгеновский кабинет с фотолабораторией, 1—3 диагностические палаты (на 1—2 койки каждая), построенные по типу полубокса, и комнату для отдыха медицинского персонала.

В приемном отделении ведут следующую документацию: книгу дежурного врача; историю болезни; учетную карточку поступившего больного; книгу учета больных, находящихся на стационарном лечении; извещение о прибытии и убытии больного.

753. В **хирургическом отделении** (общего типа) необходимо иметь: «чистую» операционную на один — два стола с предоперационной; «гнойную» операционную на один—два стола; стерилизационную; две перевязочные на два — три стола каждая; комнату для эндоскопии. Желательно иметь также рентгеновский (рядом с перевязочной) и физиотерапевтический кабинеты. Операционная должна быть обеспечена хорошим дневным и искусственным освещением, стационарной бестеневой лампой, подвижными бестеневыми рефлекторами и аварийным освещением.

754. В **терапевтическом отделении** необходимо иметь: небольшой физиотерапевтический кабинет (для световых и тепловых процедур, кварцевого облучения, гальванизации и др.); процедурный кабинет; помещения для рентгено-диагностического кабинета, кабинета функциональной диагностики, клинической лаборатории и кабинета для доуденального зондирования.

755. Неврологическое отделение организуется по типу терапевтического (по возможности в первом этаже).

756. В **инфекционном отделении** необходимо иметь: санитарный пропускник; изолированные палаты для госпитализации больных различными инфекциями (желательна боксовая система); клиническую лабораторию (как правило, с бактериологическим кабинетом); необходимую физиотерапевтическую аппаратуру; передвижной рентгеновский аппарат.

В инфекционном отделении особое внимание уделяется организации столовой. Работники столовой проходят еженедельно медицинский осмотр и один раз в месяц проверку на бациллоносительство.

За санитарным состоянием столовой, особенно за мытьем (обязательно кипячение) и хранением посуды больных, устанавливается тщательный надзор. Во время работы медицинский персонал должен надевать особую спецодежду, после работы принимать душ и лишь затем переодеваться в свое платье.

757. В туберкулезном отделении необходимо иметь: приемное отделение с санитарным пропускником; терапевтический и хирургический секторы; специальные кабинеты (диагностические и лечебные); комнату для лечебной физической культуры; столовую; помещения для отдыха, веранду для лежания (дозированного или круглосуточного); площадки для игр (на затененных участках территории).

Каждый больной получает индивидуальные закрытые (карманные) плевательницы. Внутри помещения устанавливают плевательницы (в палатах — закрытые, по возможности педальные). На наружной территории, занимаемой отделением, в местах пребывания больных расставляют высокие педальные закрытые плевательницы.

Плевательницы и мокроту больных дезинфицируют кипячением и химической обработкой в изолированном помещении.

В терапевтическом секторе наряду с общими палатами выделяют палаты — изоляторы для тяжело больных или умирающих (на одну — две койки), палаты со специальными установками для дачи кислорода.

В хирургическом секторе оборудуют специальный блок с приспособленными для грудной хирургии столами и особым освещением и послеоперационные палаты с небольшим числом коек.

В число специальных кабинетов туберкулезного отделения входят:

— рентгеновский кабинет с фотолабораторией;

— кабинет функциональной диагностики с малой клинической лабораторией, аппаратурой для исследования основного обмена, с динамометром, спирометром, газовыми часами и т. д.;

— ларингологический кабинет с ингаляторием;

— зубной кабинет;

— физиотерапевтический кабинет;

— кабинет для наложения пневмоторакса;

— процедурная;

— «гнойная» перевязочная (обособленная).

В столовой обязательно организуется дезинфекция посуды (кипячением или сухим жаром) после каждого употребления ее. Остатки пищи больных разрешается использовать на корм для скота лишь после термической обработки, которая производится в особых котлах вне отделения.

Медицинский персонал отделения должен работать в спецодежде, после работы принимать душ и переодеваться в свое платье.

758. В **кожно-венерическом отделении** необходимо иметь:

— перевязочную для больных кожными и венерическими болезнями и чистую перевязочную (для вливаний, инъекций, уретроскопии, взятия крови, для биопсий и других мелких операций) с отдельными сестринскими постами в каждой перевязочной;

— урологический кабинет (при значительном числе больных гонореей);

— палаты для больных с заболеваниями кожи, для больных сифилисом, для больных гонореей; изолированные палаты для больных с невыясненным диагнозом и для инфекционных больных (ангина, рожа и пр.);

— самостоятельные подсобные помещения: столовая с отдельными столами и специально выделенной посудой для больных сифилисом, буфетная или раздаточная, моечная, в которой посуду больных сифилисом (отличающуюся по виду от остальной посуды) моют отдельно от прочей посуды; «чистая» и «грязная» бельевые; душевая с отдельными кабинами или ваннами для больных сифилисом; комната отдыха; комната для курения;

— отдельные уборные (не менее двух) для больных венерическими и кожными болезнями.

759. В **гинекологическом отделении,** кроме обычных помещений для операционной и перевязочной, следует предусмотреть специальные комнаты: «смотровую», которая может служить и процедурной, и женскую туалетную (с теплой водой — для гигиенических обмываний).

760. Родильное отделение строится по следующей схеме. Приемно-пропускной узел состоит из приемной для рожениц, «смотровой» и комнаты с душем для санитарной обработки. Для приема рожениц после внебольничных родов, а также лихорадящих рожениц или рожениц с инфекционными заболеваниями (грипп, ангина) должен быть отдельный вход и изолированные палаты. Койки распределяются по секторам: для нормальных (физиологических) родов, для патологической беременности (6—8% к общему числу коек), для лихорадящих (15—20% к общему числу коек) и для рожениц с явлениями сепсиса (5% к общему числу коек).

Сектор для нормальных родов состоит из родового блока (предродовая палата, родовая, операционная и др.), послеродовых палат, палаты и изолятора для новорожденных.

В родовом блоке отводят палату (изолированную от шума, с приспособлениями для затемнения на окнах) для рожениц, страдающих эклампсией, помещение для новорожденных и полубоксы для тех новорожденных, у матерей которых заболевания подозрительны на инфекционные.

В **ЛОРотделении** необходимо иметь: «смотровую», процедурную, перевязочную, операционную, послеоперационные палаты. В отделениях, рассчитанных более чем на 50 коек, организуют эндоскопический кабинет для диафаноскопии, эзофаго- и бронхоскопии, аудиовестибулометрический кабинет, ингаляторий и физиотерапевтический кабинет, а также «чистую» операционную.

Для изоляции сомнительных больных и для больных с перитонзиллярными абсцессами отводят палаты-изоляторы типа полубоксов.

Больных ангинами помещают в инфекционные отделения.

761. В глазном отделении необходимо иметь: «смотровую», офтальмоскопический кабинет (с затемнением), аппаратурный кабинет, операционную, палаты для больных на 2—4 койки каждая (с затемнением окон), послеоперационную палату и изолятор для больных трахомой.

762. Психиатрическое отделение следует размещать в отдельном каменном одноэтажном здании или в нижнем этаже одного из корпусов, с центральным отоплением и электрическим освещением; предусматривается возможность пользоваться специальным ночным освещением. Помещение желательно отводить в наиболее тихом месте, вдали от большого движения транспорта и людей. Рядом с помещением отгораживают площадку для прогулок больных. Отделение делят на два сообщающихся между собой сектора (А и Б). Дверь из одного сектора в другой должна быть с внутренним замком; смотря по обстоятельствам, ее запирают или держат открытой.

Сектор А, предназначенный для возбужденных больных, за которыми необходим постоянный надзор, состоит из трех палат: палата № 1 на 3—4 койки для возбужденных больных (с двойной дверью, возможно более звуконепроницаемой); смотря по обстоятельствам, палату держат открытой или закрытой; в последнем случае пост санитаров переводят в палату. Палаты № 2 и 3 (двери в них снимают), каждая на 3—4 человека, предназначены для больных, нуждающихся в постоянном надзоре. Необходимо также иметь одну палату-изолятор на 2 человека.

Сектор Б предназначен для спокойных больных. Из палат две рассчитаны на 2 человека, остальные — на 3—4 человека каждая. В дверях этих палат замки не нужны.

Все отделение закрывается общей дверью, запирающейся на ключ. Внутри отделения уборные должны быть вокзального типа: водоналивная система должна быть взята в деревянные короба, запирающиеся на замок, отопительные батареи убраны в ниши так, чтобы не было острых углов, или защищены сетками, трубы защищены коробами. Для окон с обычными двойными рамами лучше всего использовать корабельное стекло; при отсутствии такого стекла окна в секторе А надо делать с частым деревянным переплетом, в нижние две трети окна вставлять толстые стекла (но не решетки).

Кровати должны быть без острых выступов. Отделение обставляют обычной госпитальной мебелью, создают в нем уют.

763. В **стоматологическом отделении** выделяют специальные кабинеты и палату для послеоперационных больных. Из оборудования, кроме специального, необходима физиотерапевтическая аппаратура (ртутно-кварцевые лампы, аппараты для УВЧ) и дентальный рентгеновский аппарат.

764. В **урологическом отделении** выделяются отдельные комнаты для эндоскопических обследований, для процедурной; желательно иметь помещение для рентгеновского кабинета.

765. Отделение лечебной физкультуры размещают по возможности в одном корпусе с физиотерапевтическим отделением или по соседству с ним с целью обеспечить последовательность процедур и проведение комбинированного лечения.

В отделении лечебной физкультуры должны быть: кабинет врача, кабинет лечебной гимнастики, площадка для занятий на открытом воздухе.

В кабинете врача, предназначенном для первичного и повторных обследований больных, необходимо иметь: ростомер, весы, измерительные ленты, толстотные циркули, угломеры разных типов, ручной и становой динамометры, спирометр, тонометр или сфигмоманометр, фонэндоскоп, секундомер и др.

Для кабинета (зала) лечебной гимнастики подбирают помещение, в котором можно разместить необходимый инвентарь и оборудование и проводить групповые занятия при составе группы до 12—15 человек. Минимальный размер

площади кабинета 60 *м*², высота не менее 4 *м*, световой коэффициент не менее 1 : 5.

В оборудование кабинета лечебной гимнастики входят:

— гимнастические снаряды и спортивный инвентарь (гимнастические стенки, скамейки, лестницы, палки, булавы, медицинские мячи и т. п.);

— специальная аппаратура для лечебной гимнастики (блоковые аппараты, аппараты для упражнений кисти, верхней и нижней конечностей и др.).

Площадка для лечебной физкультуры на открытом воздухе, солярий и аэрарий (или веранда, примыкающая к отделению лечебной физкультуры) должны быть расположены вдали от хозяйственного двора и других объектов, загрязняющих воздух, и по возможности окружены зелеными насаждениями.

766. Лабораторное отделение следует по возможности размещать в специальных зданиях, а при размещении в общегоспитальных помещениях — хорошо изолировать от палат. В каждой комнате лаборатории устанавливают умывальник и подводят к нему холодную, а где возможно, и горячую воду. Электропроводку делают с достаточным количеством розеток как для освещения рабочих мест, так и для всех электроприборов (термостаты, автоклавы, центрифуги, нагревательные приборы и т. д.).

Если имеется возможность, к лаборатории подводят газ. Комнаты, предназначенные для выполнения анализов, особенно для микроскопирования, надо выбирать на северной стороне здания. В комнатах, где проводятся исследования, должно быть хорошее освещение (отношение световой площади к площади пола не менее 1 : 6). Во всех лабораторных помещениях, помимо общих вентиляционных установок, должны быть форточки или фрамуги, а в помещениях для химических исследований и для анализов мочи, кала, мокроты и других объектов, кроме того, вытяжные шкафы с механическим побудителем тяги (электромотором). Стены в лабораторных помещениях окрашивают масляной краской в светлые тона. Полы паркетные или покрытые линолеумом. Всю лабораторную мебель (столы, шкафы, стулья, табуреты) окрашивают светлой масляной краской.

В лабораторном отделении выделяют отдельные кабинеты: для общеклинических исследований (с моечной); для бактериологических исследований (с комнатами для варки питательных сред, стерилизационной, моечной и боксом); для санитарно-гигиенических исследований (с весовой и

моечной); для биохимических исследований (с весовой и моечной); для серологических исследований (с моечной).

Лабораторное отделение должно иметь подсобные помещения: комнату для приема проб, для взятия анализов и выдачи результатов исследований (регистратура); комнату ожидания для приходящих в лабораторию больных; кладовую для хранения запасов реактивов, лабораторной посуды и оборудования; виварий; комнату для персонала; душевую.

В небольших госпиталях для клинико-диагностических лабораторий отводят столько комнат, сколько требуется по объему и характеру работы.

Кабинет для бактериологических исследований должен быть обязательно оборудован металлическими решетками.

767. Физиотерапевтическое отделение следует располагать с таким расчетом, чтобы больные могли получать физиотерапевтическую помощь, не выходя из здания госпиталя, т. е. не отводить для него помещения в изолированных корпусах, не связанных теплым коридором с отделениями госпиталя; необходимо учесть и удобство посещения отделения амбулаторными больными.

В физиотерапевтическом отделении должны быть отдельные кабинеты электро-, фото-, гидро-, термотерапии, грязелечебный, ингаляторный, массажный, а также ожидальная с регистратурой.

768. Рентгеновское отделение по возможности надо размещать в центре госпитальной территории, чтобы обеспечить наилучшую связь со всеми обслуживаемыми отделениями, особенно с хирургическими, а также транспортировку из них больных.

Помещение рентгено-диагностического кабинета должно быть сухим, иметь площадь не менее 30 $м^2$ (при наличии одного рабочего места), с высотой рабочего помещения не менее 3,5 *м*. Процедурная должна иметь естественное освещение с отношением площади окон к площади пола не менее 1 : 6. Пол в помещении рентгеновского кабинета должен быть из изолирующего материала: дерева или линолеума по деревянному настилу.

При использовании рентгеновской аппаратуры в операционных с плиточным или асфальтовым полом таковой у рабочих мест персонала, обслуживающего установку и исследуемого больного, должен быть покрыт специальным ковриком из резины.

Обязательно наличие водопровода и искусственной приточно-вытяжной вентиляции, обеспечивающей вытяжку с

пятикратным обменом воздуха в час, а приток с четырехкратным обменом воздуха в час.

В кабинете должны быть защитные устройства, обеспечивающие защиту от первичного и вторичного рентгеновского излучения лиц, работающих на рентгеновских аппаратах, лиц длительно или временно находящихся в смежных помещениях, лиц, подвергающихся исследованию. Необходимая защита должна обеспечиваться сооружением защитных устройств и рациональным расположением отдельных частей рентгеновских аппаратов и рабочих мест. Защитные устройства (защитные ширмы высокие и низкие, фартук под экраном штатива, фартук нагрудный, перчатки защитные, защитное стекло экрана и др.) должны соответствовать положенным свинцовым эквивалентам. Электропроводка необходима двойная (общая — осветительная и специальная — для питания аппарата). У входа в рабочее помещение должна быть устроена предупредительная световая сигнализация, включающаяся одновременно с аппаратом. Обеспечивается полное затемнение рабочего помещения. Вход в лабораторию рекомендуется устраивать по тамбурной системе. Стены кабинета целесообразно покрывать баритовой штукатуркой.

Любая точка рабочего места персонала рентгеновского кабинета должна иметь защиту, обеспечивающую ослабление рентгеновского излучения, в соответствии с требованиями Правил работы с радиоактивными материалами, веществами и источниками ионизирующих излучений.

Толщина защитных слоев (защитные покрытия стен, пола и др.) рассчитывается исходя из номинального напряжения рентгеновского аппарата по соответствующим таблицам. Процедурное помещение должно иметь защиту от рентгеновского излучения внутренних стен, потолка и пола.

Все стационарные защитные устройства после их сооружения и установки рентгеновского оборудования должны быть проверены на соответствие нормам. В дальнейшем повторные испытания защитных устройств производятся не реже одного раза в два года, а также после строительных и ремонтных работ, затрагивающих защитное устройство.

При проверке защиты при помощи рентгенометров производятся измерения в нескольких точках на рабочих местах, против стыков защитных устройств, смотровых окон, дверей, около защитной перегородки, в смежных помеще-

ниях. Результаты замеров заносятся в акт проверки защиты с отметкой об этом в контрольно-техническом журнале.

Проекты новых или реконструируемых рентгеновских кабинетов и приемные акты кабинетов утверждаются главным рентгенологом округа.

В кабинетах должны строго соблюдаться установленные требования электрической безопасности с соблюдением системы заземления для цепей высокого и низкого напряжения.

Категорически запрещается эксплуатация закрытых диагностических аппаратов с заземленными точками в электрических цепях, связанных с цепью высоковольтного устройства аппарата. У открытых аппаратов воспрещается применение металлических процедурных столов.

В рентгенотерапевтических кабинетах стены обязательно изолируют слоем свинца, барита или кирпича согласно установленным требованиям. Пульт управления рентгенотерапевтическим аппаратом должен быть расположен вне процедурного помещения, лучше рядом с ним.

В рабочем помещении рентгеновского отделения запрещается отводить места для работы лицам, не входящим в состав персонала отделения, и размещать другую аппаратуру, кроме рентгеновской.

Минимальное оборудование отделения — диагностический рентгеновский аппарат (безопасный стационарный), штативы для снимков и просвечиваний, дополнительные — защитные приспособления (ширмы, перчатки), специальные приборы для некоторых исследований (решетчатые бленды, приспособления для прицельных и серийных снимков, кимограф и т. п.), негатоскоп и лабораторное имущество.

В отделении оборудуются подсобные помещения: ожидальная для больных, лабораторная комната для обработки снимков (рядом с процедурной), специальное изолированное помещение (в соответствии с имеющейся инструкцией), безопасное в пожарном отношении, для хранения пленок. В отделении разрешается хранить в металлических ящиках лишь небольшое, необходимое для текущей работы количество пленок.

Чтобы приблизить рентгенологическую помощь к больному, следует организовать, где возможно, филиалы рентгеновских кабинетов, прежде всего в хирургических и терапевтических отделениях, желательно по типу стационарных кабинетов с лабораториями. В необходимых случаях можно

использовать палатные или переносные рентгеновские аппараты.

769. Патологоанатомическое отделение (там, где оно положено по штату) размещается в отдельном здании, вдали от лечебных отделений, кухонь-столовых и продовольственных складов. В здании оборудуют морг, секционную, гистологическую лабораторию, комнату для врача, комнату для выдачи трупов, кладовую и комнату для санитара.

В отделении должно быть электрическое освещение, водопровод и канализация. Рабочие комнаты, особенно секционный зал, должны быть достаточно светлыми, так как по существующим правилам трупы вскрывают обязательно при естественном освещении. Желательно иметь в морге ледник или аммиачный холодильник.

Трупы лиц, умерших в госпитале, санитары приемного отделения доставляют в морг в любое время суток. Поэтому необходим отдельный вход в морг. Ключ от входной двери должен находиться в приемном отделении. Трупы в морге (до и после вскрытия) для защиты от грызунов хранят в больших деревянных гробах, обитых изнутри оцинкованным железом, с плотно пригнанными тяжелыми крышками.

Необходимо предусмотреть отдельный выезд для похоронных процессий.

Типовые правила для больных

770. В госпитале устанавливают обязательные для всех больных правила поведения и распорядок дня, которые вывешивают во всех отделениях для широкого ознакомления.

771. При обращении к больным рекомендуется называть их по званию или по фамилии (имени, отчеству). Обращение «Больной!» запрещается.

772. Для поддержания среди больных дисциплины и соблюдения распорядка дня в госпитале начальник каждого лечебно-диагностического отделения выделяет из числа больных старшего по отделению и старших по палатам.

773. Медицинский состав и обслуживающий персонал госпиталя, старшие по отделению и палатам должны требовать от больных неуклонного выполнения правил внутреннего распорядка.

В случае грубого нарушения кем-либо из больных установленных в госпитале правил внутреннего распорядка, несоблюдения лечебного режима или совершения другого дис-

циплинарного проступка начальник госпиталя обращается за содействием к начальнику гарнизона и в соответствии со ст. 53 Дисциплинарного устава Вооруженных Сил Союза ССР сообщает командиру части, в которой служит больной, для принятия соответствующих мер. Ходячих больных, которые нарушают дисциплину и допускают грубость с обслуживающим персоналом, выписывают из госпиталя, если по состоянию здоровья они могут продолжать лечение в части. О выписке их объявляется в приказе по госпиталю. Приказ должен быть доведен до всех выздоравливающих больных.

774. В правилах поведения больных предусматриваются требования, общие для больных всех госпиталей, а именно: в часы врачебных обходов и выполнения врачебных назначений больные должны находиться в своих палатах или лечебно-процедурных кабинетах, лекарства и лечебные процедуры принимать в присутствии медицинской сестры.

775. Больные, которым лечащий врач назначил утреннюю гигиеническую гимнастику, должны проводить ее в обязательном порядке; старший по отделению и дежурная медицинская сестра обязаны следить, чтобы все больные в назначенное время были на месте.

776. Ходячие больные после утреннего измерения температуры тела обязаны заправить свои кровати.

Лежать и сидеть на кровати в госпитальном костюме или халате не разрешается.

Ходячие больные принимают пищу в столовой. Перед приемом пищи обязательно моют руки.

777. Хранить продукты питания, напитки, лекарства в прикроватной тумбочке не разрешается.

778. Курить разрешается только в специально отведенном для этого месте.

779. Играть в азартные игры, а также на музыкальных инструментах, шуметь в палатах и коридорах запрещается. Комнатные игры и игра на музыкальных инструментах разрешаются лишь в специально отведенных для этого комнатах.

780. Увольнение больных из госпиталя в город (театр, кино и т. д.) не разрешается.

781. Посещать больных родственникам и товарищам разрешается один раз в неделю в установленные дни и часы.

782. Передачу больным продуктов питания или каких-либо вещей разрешают начальники лечебно-диагностических отделений или дежурный врач в установленное для этого

время. Набор продуктов и перечень предметов, которые можно передавать, устанавливают лечащие врачи.

783. В исключительных случаях начальники лечебно-диагностических отделений разрешают дежурить у тяжело больных их родственникам или друзьям (с санкции начальника госпиталя).

ГЛАВА III

ОБЯЗАННОСТИ ДОЛЖНОСТНЫХ ЛИЦ МЕДИЦИНСКОГО СОСТАВА ГОСПИТАЛЯ

Начальник госпиталя

784. Начальник госпиталя подчиняется непосредственно начальнику медицинской службы округа (армии) и получает от него все указания и распоряжения. Начальнику гарнизона он подчиняется в порядке, изложенном в Уставе гарнизонной и караульной служб Вооруженных Сил Союза ССР, 1950 г. Начальник госпиталя руководит всей деятельностью госпиталя и несет ответственность за его работу и состояние во всех отношениях.

785. Начальник госпиталя должен:

— распределять обязанности среди своих заместителей, помощников, начальников медицинских и хозяйственных подразделений госпиталя и контролировать точное выполнение ими этих обязанностей;

— организовывать составление планов лечебной, партийно-массовой, финансовой и хозяйственной работы госпиталя, утверждать их и контролировать выполнение;

— организовывать своевременное и квалифицированное обследование и лечение больных, проверку качества лечения, ухода и наблюдения за ними;

— всегда знать о характере заболеваний, состоянии и о предпринятом лечении всех тяжело больных в госпитале;

— руководить специальной, боевой и политической подготовкой военнослужащих, а также политическим воспитанием всего личного состава госпиталя;

— всесторонне изучать личный состав госпиталя и знать его служебные и политико-моральные качества;

— организовывать культурно-массовую и санитарно-просветительную работу в госпитале;

— обеспечивать развертывание военно-научной работы в госпитале в соответствии с указаниями начальника медицинской службы округа и тематикой, установленной Главным военно-медицинским управлением Министерства обороны Союза ССР;

— устанавливать распорядок дня и режим пребывания больных в госпитале, контролировать строгое выполнение этого распорядка всем личным составом и больными и наблюдать за дисциплиной;

— организовывать тесную связь госпиталя с базирующимися на него воинскими частями и лазаретами; на основании изучения заболеваемости в частях обеспечивать необходимую помощь им в лечебно-профилактической работе;

— систематически организовывать в госпитале совещания и медицинские конференции;

— организовывать связь госпиталя с местными гражданскими лечебными и научно-исследовательскими медицинскими учреждениями;

— осуществлять общее руководство подготовкой и совершенствованием прикомандированного к госпиталю медицинского состава воинских частей и лазаретов;

— контролировать правильность хранения и использования медикаментов и всего имущества госпиталя;

— контролировать организацию лечебного питания больных и санитарно-гигиеническое состояние кухни и столовых госпиталя;

— систематически в разное время дня и ночи обходить медицинские отделения, помещения хозяйственных служб и остальные подразделения госпиталя, проверяя на месте их работу;

— обеспечивать безопасность госпиталя в противопожарном отношении, утверждать конкретный план действий всех работников госпиталя на случай пожара;

— расследовать все поступающие от больных жалобы, быстро принимать соответствующие меры, в необходимых случаях назначать специальные комиссии;

— руководить подготовкой госпиталя на военное время;

— немедленно докладывать начальнику медицинской службы округа о всех чрезвычайных происшествиях в госпитале и о мерах, принятых по этому поводу; о поступлении

значительного числа больных с однородными заболеваниями, инфекционных больных; о поступивших с заболеваниями, необычными для данной местности; о поступивших с признаками насилия или отравления; о всех медицинских ошибках, допущенных как в госпитале, так и в базирующихся на него частях;

— контролировать ведение медицинского и хозяйственного учета и отчетности по установленным формам и предоставлять в установленные сроки отчеты и другие сведения по госпиталю;

— руководить финансово-хозяйственной деятельностью госпиталя, распоряжаться в установленном законом порядке всеми денежными средствами, поступающими в госпиталь, и нести полную ответственность за состояние финансового хозяйства, в частности производить проверку наличия денежных сумм и ценных бумаг в кассе, обеспечивать сохранность денежных средств и других ценностей при хранении их в госпитале и при перевозке.

Начальник медицинской части госпиталя

786. Начальник медицинской части госпиталя подчиняется начальнику госпиталя и является его заместителем. Он непосредственно руководит медицинской работой госпиталя.

787. Начальник медицинской части госпиталя обязан:

— на основе указаний начальника госпиталя разрабатывать план лечебной работы, представлять его на утверждение начальнику госпиталя и обеспечивать выполнение этого плана;

— обеспечивать правильное распределение медицинского состава в отделениях;

— обеспечивать своевременное и квалифицированное обследование и лечение больных в госпитале, а также должный уход и наблюдение за ними;

— следить за своевременной выпиской и получением медикаментов, контролировать правильность их хранения и использования в отделениях госпиталя, особенно ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств;

— проверять ход обследования и лечения всех тяжело больных, находящихся в госпитале, и качество ухода за ними;

— в необходимых случаях организовывать для больных консилиумы специалистов и лично участвовать в них;

— подробно анализировать каждый случай смерти в гос-

питале, в докладе начальнику госпиталя представлять свои выводы о правильности и своевременности примененных методов обследования и лечения данного больного и о причине его смерти; обеспечивать вскрытие трупов всех больных, умерших в госпитале;

— обеспечивать правильную организацию лечебного питания больных и санитарно-гигиеническое состояние кухни и столовых госпиталя;

— систематически в разное время дня и ночи проверять работу лечебно-диагностических отделений, диагностических и специальных кабинетов, приемного отделения, кухни и столовых; при проверке давать указания по устранению выявленных недочетов;

— контролировать правильность хранения и использования в госпитале реактивов, аппаратуры, предметов ухода за больными, перевязочного материала и прочего медико-санитарного имущества;

— контролировать правильность ведения медицинской документации во всех отделениях и специальных кабинетах;

— председательствовать в госпитальной военно-врачебной комиссии;

— обеспечивать помощь госпиталя воинским частям и лазаретам, базирующимся на госпиталь, консультировать их по вопросам организации у них лечебно-профилактической работы; принимать непосредственное участие в изучении заболеваемости;

— руководить военно-научной работой в соответствии с планом, утвержденным начальником госпиталя, и проверять выполнение этого плана;

— руководить подготовкой по специальности медицинского состава, прикомандированного к госпиталю для усовершенствования своих знаний;

— обеспечивать военную подготовку и повышение медицинской квалификации всего медицинского состава госпиталя;

— систематически проводить госпитальные медицинские конференции;

— следить за своевременным истребованием и получением аппаратуры, инструментария и прочего медико-санитарного имущества;

— руководить работой медицинского (и административного) делопроизводства;

— контролировать санитарно-просветительную работу, проводимую среди больных госпиталя;

— немедленно докладывать начальнику госпиталя о всех поступивших больных с признаками психического расстройства, с тяжелыми повреждениями, с признаками насилия или отравления, с запущенными болезнями; о больных инфекционными заболеваниями; о больных необычными для данной местности заболеваниями; о всех медицинских ошибках в обследовании, лечении и организации ухода за больными, допущенных как в госпитале, так в частях и лазаретах, направивших данных больных в госпиталь; о поступлении в госпиталь в значительном числе больных с однородными болезнями; о несчастных случаях и о чрезвычайных происшествиях в госпитале; о всех случаях, подлежащих рассмотрению органами судебно-медицинской экспертизы.

Начальник аптеки

788. Начальник аптеки подчиняется начальнику госпиталя, руководит деятельностью аптеки и отвечает за нее во всех отношениях, действуя в соответствии с Руководством по хранению медико-санитарного имущества в складах и воинских частях Советской Армии и Военно-Морских Сил, изд. 1954 г.

Дежурный врач по госпиталю

789. Дежурный врач назначается приказом по госпиталю. Он подчиняется непосредственно начальнику госпиталя и без его разрешения или приказания не имеет права передавать кому-либо свои обязанности.

Дежурному врачу подчиняются весь дежурный персонал и все лица, несущие суточный наряд. Дежурный врач проверяет число лиц, назначенных на дежурство, и знание каждым из них своих обязанностей.

Примечания: 1. В госпиталях, где по местным условиям и расположению недостаточно одного дежурного врача, по распоряжению начальника госпиталя устанавливается дежурство нескольких врачей, из которых один назначается старшим. Обязанности между ними распределяет начальник госпиталя.

2. В случае необходимости по распоряжению начальника госпиталя назначаются дежурные по управлению госпиталя из офицерского состава политаппарата и служб материального обеспечения госпиталя. Они подчиняются дежурному врачу.

Дежурный врач находится в приемном отделении. Если он куда-либо уходит, то обязан поставить об этом в известность дежурную сестру приемного отделения. При внезапном заболевании дежурный врач должен доложить об

этом начальнику госпиталя или лицу, его заменяющему; оставить дежурство без их разрешения он не имеет права.

Дежурному врачу предоставляется право отдыхать ночью в дежурной комнате, но он должен быть немедленно готов выполнять свои обязанности.

В отсутствие начальника госпиталя и его заместителей дежурный врач самостоятельно решает все неотложные вопросы.

790. Дежурный врач обязан:

— осматривать всех поступающих в приемное отделение больных, оказывать им необходимую медицинскую помощь и при наличии показаний к госпитализации направлять в соответствующее отделение;

— заполнять на каждого госпитализируемого больного историю болезни;

— следить за правильностью санитарной обработки, а при необходимости — за дезинфекцией и дезинсекцией вещей больных;

— при недостатке мест принимать меры к оборудованию дополнительных коек для больных, нуждающихся в немедленном помещении в госпиталь, или обеспечить их прием в другие лечебные учреждения (военные, гражданские);

— докладывать начальнику госпиталя, а в его отсутствие — начальнику медицинской части госпиталя о поступивших больных с тяжелыми повреждениями, с признаками насилия, отравления; о случаях позднего направления больных в госпиталь; о недочетах медицинской помощи, оказанной больному в части; о массовых заболеваниях в одной части; о поступлении больных с психическими или острозаразными заболеваниями; о выявленных недочетах в обследовании, лечении и организации медицинского и бытового обслуживания больных в госпитале;

— в случае необходимости немедленно оказывать медицинскую помощь больным или вызывать специалистов госпиталя в порядке, установленном особой инструкцией начальника госпиталя; ввиду этого, принимая дежурство, дежурный врач должен проверить наличие и надлежащее состояние медицинского имущества (сумка неотложной помощи, необходимые антидоты и пр.), необходимого для оказания неотложной помощи;

— проверять состояние здоровья, транспортабельность, способ отправки больных, подлежащих переводу в другое лечебное учреждение, наличие у таких больных сопровождающих;

— во время дежурства обходить в разное время днем и ночью все палаты госпиталя; обращать при этом особое внимание на тяжело больных, навещать их возможно чаще, в зависимости от показаний; оказывать необходимую помощь больным, делать отметку об этом в истории болезни;

— во время обходов проверять несение службы всем дежурным нарядом госпиталя;

— при заявлении дежурных медицинских сестер отделений о необходимости оказания больным помощи немедленно являться к этим больным;

— распоряжаться санитарным транспортом, выделенным для перевозки больных;

— свидетельствовать доброкачественность продуктов, выдаваемых на кухню, и производить пробу готовой пищи; заносить свое заключение о ее качестве и о санитарном состоянии кухни-столовой в «Книгу проб»; принимать меры к замене неудовлетворительно приготовленной пищи; проверять на кухне выдачу завтрака, обеда и ужина;

— в случае смерти больного констатировать ее и отдавать распоряжение о выносе тела в морг или другое выделенное для этой цели помещение; отмечать в истории болезни дату, час и предполагаемую причину смерти;

— при появлении у больного, находящегося в общем отделении, инфекционного или какого-либо другого заболевания, при котором обязательна немедленная изоляция или перевод заболевшего в другое отделение (лечебное учреждение), обеспечивать изоляцию или перевод больного и необходимую дезинфекцию;

— выдавать справки о больных и умерших;

— в отсутствии начальников лечебно-диагностических отделений решать вопрос о допуске к тяжело больным (если позволяет их состояние) посетителей в неприемные дни и часы;

— принимать жалобы от посетителей;

— перед уходом врачей с работы получать от начальников отделений сведения о больных, нуждающихся в особом наблюдении, с указанием необходимых мероприятий в отношении каждого из них;

— при необходимости заменять одних лиц суточного наряда другими или принимать меры для увеличения суточного наряда;

— встречать лиц, перечисленных в Уставе внутренней службы Вооруженных Сил Союза ССР, рапортовать им и сопровождать их по госпиталю; немедленно доклады-

вать о их прибытии начальнику госпиталя; если во время обхода госпиталя или при встрече начальствующих лиц дежурный врач будет вызван к больному, он обязан доложить об этом начальствующему лицу и просить у него разрешения отправиться к больному;

— в случае пожара или каких-либо других происшествий отдавать необходимые распоряжения и проверять их исполнение; немедленно донести о случившемся и о принятых мерах начальнику госпиталя или лицу, его заменяющему; по прибытии начальника госпиталя на место происшествия доложить ему о проведенных мероприятиях;

— заполнять сведения в журнале дежурного врача и расписываться в приеме и сдаче дежурства.

Примечания. 1. Сменяющийся и заступающий дежурные врачи являются к начальнику госпиталя и докладывают о сдаче и приеме дежурства, о происшествиях и принятых в связи с этим мерах.

Смена дежурных врачей производится в начале рабочего дня, в час, устанавливаемый начальником госпиталя. После сдачи дежурства дежурный врач пользуется отдыхом; порядок отдыха устанавливает начальник госпиталя; для военнослужащих — в соответствии с Уставом внутренней службы Вооруженных Сил Союза ССР; для служащих Советской Армии и Военно-Морского Флота — в соответствии с Постановлением Наркомтруда СССР № 9 от 10.1 1931 г.

Дежурства в воскресенье и праздничный день компенсируются полным отдыхом на следующий день.

2. Перечисленные обязанности дежурного врача не заменяют собой инструкции дежурному врачу по госпиталю. Она составляется с учетом этих общих для всех госпиталей основных положений и, кроме того, включает все местные особенности условий размещения, характера работы и т. п.

Начальник лечебно-диагностического отделения госпиталя

791. Начальник лечебно-диагностического отделения подчиняется непосредственно начальнику медицинской части госпиталя. Он несет ответственность за работу и состояние отделения во всех отношениях.

792. Начальник лечебно-диагностического отделения обязан:

— на основе общегоспитального плана работ и указаний начальника медицинской части госпиталя планировать работу своего отделения;

— распределять обязанности среди личного состава отделения и наблюдать за точным выполнением их;

— лично осматривать вновь поступивших больных в первые три дня с момента поступления и прикреплять их к ординаторам отделения с переводом в соответствующие палаты; тяжело больных осматривать ежедневно;

— отвечать за своевременное и квалифицированное обследование и лечение всех больных в отделении; следить, чтобы больные были осмотрены ординаторами и получили соответствующие назначения не позже второго дня после прибытия;

— решать вопрос о назначении больных на консилиум и консультацию, на военно-врачебную комиссию, утверждать выписку больных и перевод их из своего отделения в другие;

— следить за своевременным проведением у больных необходимых лабораторных исследований;

— консультировать по специальности в других лечебно-диагностических отделениях;

— в хирургических отделениях утверждать график операционной работы отделения и лично разрешать выполнять операции, назначать хирурга для проведения операций, ассистентов и наркотизаторов;

— выделять врачей своего отделения для консультации с врачами других отделений;

— проводить систематический обход больных с ординаторами и не реже одного раза в неделю осматривать всех больных отделения; проверять работу ординаторов у постели больного;

— обеспечивать готовность личного состава отделения к оказанию квалифицированной неотложной медицинской помощи больным в любое время дня и ночи;

— следить за правильностью и полнотой ведения историй болезни и лично проверять их;

— совместно с лечащим врачом присутствовать при вскрытии трупов больных, умерших в отделении;

— лично участвовать в работе соответствующего (по специальности) кабинета поликлиники госпиталя и руководить работой ординаторов отделения в поликлинике;

— оказывать постоянную помощь ординаторам в повышении их специальных знаний;

— руководить военно-научной работой отделения по плану, утвержденному начальником госпиталя;

— руководить подготовкой по специальности и усовершенствованием знаний прикомандированного к отделению медицинского состава частей и лазаретов;

— лично следить за правильной и своевременной выпиской медикаментов и других предметов из аптеки, а также имущества из части материального обеспечения (подписывать эти требования);

— систематически проверять качество и количество готовой пищи, поступающей с госпитальной кухни на питание больных;

— по указанию начальника медицинской части госпиталя организовывать выезды врачей отделения в воинские части и лазареты для оказания консультативной помощи в постановке лечебно-профилактической работы; на материале отделений изучать причины и условия, порождающие заболеваемость в частях, и разрабатывать рекомендации для снижения и предупреждения ее;

— ежедневно (в разное время дня и ночи) делать обход отделения, проверять работу персонала, правильность выполнения им врачебных назначений и качество ухода за больными;

— немедленно докладывать начальнику медицинской части госпиталя о всех больных, поступивших с признаками психического расстройства, отравления, с тяжелыми повреждениями; об инфекционных больных, выявленных в общих отделениях, о чрезвычайных происшествиях в отделении и принятых в связи с этим мерах; о случаях, подлежащих рассмотрению органами судебно-медицинской экспертизы;

— представлять в установленные сроки отчеты по отделению.

Ординатор отделения

793. Ординатор отделения подчиняется непосредственно начальнику отделения и отвечает за состояние, постановку лечения и обслуживания больных во вверенных ему палатах. Один из старших ординаторов является заместителем начальника отделения.

794. Ординатор отделения обязан:

— проводить необходимое обследование и лечение больных, обеспечивать медицинский уход и наблюдение за ними; следить за тем, как медицинские сестры делают выборки из истории болезни в лист назначений, и проверять эти выборки ежедневно;

— ежедневно в установленные часы делать обход всех больных во вверенных ему палатах, обследовать больных, назначать им соответствующее лечение и режим; принимать меры к быстрейшему лабораторному и инструментальному обследованию больных;

— в случае сомнения в правильности диагноза и выборе средств и методов обследования и лечения больных консуль-

тироваться с начальником отделения или старшим ординатором и по их указанию со специалистами других отделений;

— вести истории болезни (рекомендуется у постели больного) с надлежащей аккуратностью и полнотой и наблюдать за хранением и своевременной сдачей их в медицинскую часть госпиталя после выписки (или смерти) больного;

— лично делать внутривенные и внутриартериальные вливания больным, находящимся во вверенных ординатору палатах, или присутствовать при выполнении этих мероприятий палатными сестрами;

— докладывать начальнику отделения о больных, нуждающихся во врачебном наблюдении в вечернее и ночное время, записывать об этом в истории болезни и указывать, в чем должно выражаться наблюдение и какие должны быть применены лечебные мероприятия; истории болезни этих больных следует вкладывать в специальную папку для тяжело больных (хранится у дежурной сестры), а фамилии их сообщать дежурному врачу;

— получать разрешение начальника отделения на перевод больных в другое отделение и на представление их на военно-врачебную комиссию;

— присутствовать на консультациях специалистов, а также при рентгенологических и инструментальных исследованиях больных своих палат;

— присутствовать при вскрытии трупов умерших больных, анализировать каждый случай смерти и подробно докладывать начальнику отделения;

— в разное время дня и ночи проверять работу медицинских сестер, обслуживающих вверенные ординатору палаты, правильность и своевременность выполнения ими врачебных назначений, а также качество ухода и наблюдения за больными; принимать меры к устранению выявленных недочетов и немедленно докладывать об этом начальнику отделения;

— руководить работой подчиненного персонала и принимать меры для повышения его квалификации; организовать с этой целью постоянный инструктаж;

— проверять и подписывать порционные требования и рецепты и следить за своевременным направлением их по назначению (после утверждения начальником отделения);

— при выписке больных заполнять их медицинские книжки, давая при этом подробные указания врачу части о

дальнейшем наблюдении за больными и лечении их; после этого книжки представлять начальнику отделения на подпись;

— по указанию начальника отделения консультировать в других отделениях или палатах;

— немедленно докладывать начальнику отделения, а в его отсутствие — начальнику медицинской части госпиталя о больных, поступивших с признаками психического расстройства, с тяжелыми повреждениями, отравлениями, о больных инфекционными заболеваниями, выявленных в общих отделениях, о всех поступивших тяжело больных, о случаях, подлежащих рассмотрению органами судебно-медицинской экспертизы, а также о всех чрезвычайных происшествиях;

— нести дежурство по госпиталю в установленном порядке;

— по указанию начальника отделения вести военно-научную работу; выезжать в воинские части и лазареты для проведения консультации по специальности;

— следить за должным содержанием порученных ему палат, за целесообразным использованием медико-санитарного имущества, а также за экономным расходованием, правильным хранением, содержанием и своевременным пополнением его;

— следить за санитарно-гигиеническим состоянием палат (освещение, отопление, вентиляция, сигнализация) и немедленно принимать меры по устранению всех обнаруженных недочетов;

— представлять начальнику отделения сведения для составления медицинской отчетности по отделению;

— во всех случаях, не предусмотренных настоящим Руководством, действовать по указанию начальника отделения.

Старшая медицинская сестра отделения

795. Старшая медицинская сестра отделения подчиняется непосредственно начальнику отделения и несет ответственность за организацию и качество ухода, наблюдения и обслуживания больных. Ей подчиняется весь средний медицинский и обслуживающий персонал отделения.

796. Старшая медицинская сестра отделения обязана:

— контролировать своевременное, правильное и аккуратное выполнение медицинскими сестрами отделения всех врачебных назначений;

— ежедневно делать хозяйственный обход отделения и

наблюдать за правильностью сдачи и приема дежурств медицинскими сестрами;

— вести табель выхода на работу среднего медицинского и обслуживающего персонала отделения;

— назначать индивидуальные дежурства у тяжело больных;

— направлять в аптеку рецепты, в лабораторию материал для исследования, принимать и распределять между медицинскими сестрами полученные медикаменты, предметы ухода за больными, присланные из лабораторий результаты анализов;

— проверять составление медицинскими сестрами ординаторских требований на питание, составлять листы назначения лечебного питания для больных и своевременно сдавать ординаторские требования в продовольственное отделение госпиталя;

— своевременно направлять дежурному врачу сведения о движении больных и количестве свободных мест в отделении;

— наблюдать за раздачей пищи в соответствии с листом назначения лечебного питания и за приемом пищи больными;

— контролировать количество и качество продуктов питания, доставленных из складов и кухни по ординаторским требованиям, обеспечивать правильное хранение их и раздачу;

— инструктировать средний медицинский и обслуживающий персонал; обучать его приемам и правилам ухода за больными;

— распределять обязанности между средним медицинским и обслуживающим персоналом (распределение обязанностей утверждает начальник отделения);

— наблюдать за выполнением правил внутреннего распорядка больными, посетителями и персоналом отделения;

— хранить, содержать в исправности и строго учитывать медико-санитарное и хозяйственное имущество отделения;

— наблюдать за исправностью отопления, вентиляции, освещения, водоснабжения, телефона, сигнализации, радиоточек в отделении, а также за санитарно-техническим состоянием помещений; немедленно докладывать начальнику отделения о всех обнаруженных недочетах;

— в случаях, не предусмотренных настоящим Руководством, поступать по указанию начальника отделения.

Медицинская сестра отделения

797. Медицинская сестра отделения в части обслуживания больных подчиняется непосредственно ординатору отделения, в части распорядка работы — старшей медицинской сестре отделения. Она отвечает за своевременное и правильное выполнение врачебных назначений и за качество ухода за больными во вверенных ей палатах.

Медицинской сестре отделения подчиняется весь обслуживающий персонал палат.

798. Медицинская сестра отделения обязана:

— своевременно, правильно и аккуратно выполнять врачебные назначения;

— вести неослабное наблюдение за всеми больными, особое внимание уделять тяжело больным;

— присутствовать при обходах больных начальником отделения или ординатором;

— ежедневно делать выборку врачебных назначений из историй болезни, вносить их в специальный лист назначений и подписывать эти записи;

— лично вести уход за кожей, ногтями, ушами, глазами, ртом и носоглоткой тяжело больных;

— помогать врачу при лечебных манипуляциях;

— под наблюдением врача производить внутривенные вливания лекарственных средств;

— обеспечивать правильный сбор от больных материалов для исследования и своевременную посылку их в лабораторию через старшую медицинскую сестру;

— наблюдать за утренним подъемом и отходом ко сну больных, за утренним и вечерним туалетом их; тяжело больным и лежачим обеспечивать умывание на месте;

— следить за выполнением правил внутреннего распорядка посетителями и подчиненным персоналом;

— наблюдать за кормлением лежачих больных, лично кормить наиболее слабых;

— по указанию ординатора выписывать медико-санитарное имущество и медикаменты, а также ординаторские требования и после подписи их ординатором представлять старшей медицинской сестре отделения;

— по указанию ординатора подготовлять и в назначенный срок направлять на консультацию, в диагностические кабинеты и для принятия процедур больных обслуживаемых ею палат;

— принимать от старшей медицинской сестры отделения медикаменты, результаты анализов, письменные заключения специалистов и подклеивать их к историям болезни;

— отвечать за правильное хранение медикаментов, дезинфицирующих средств и медико-санитарного имущества в палатах;

— следить за наличием в шкафу с медицинским имуществом всего необходимого для оказания в любое время неотложной медицинской помощи нуждающимся в ней;

— немедленно докладывать ординатору, а в его отсутствие дежурному врачу об ухудшении состояния больных, о всех поступивших тяжело больных, о нарушениях распорядка, о чрезвычайных происшествиях в палатах и одновременно принимать меры к их устранению;

— хранить под замком истории болезни и все медицинские документы, ни в коем случае не допускать ознакомления с ними больных; сдавать истории болезни в медицинскую канцелярию немедленно при выписке или в случае смерти больного;

— инструктировать обслуживающий персонал палат, наблюдать за его работой и обучать приемам ухода за больными;

— вести учет медико-санитарного имущества, принятого от старшей медицинской сестры отделения;

— следить за целостью и сохранностью санитарно-хозяйственного, вещевого имущества и оборудования в палатах;

— обеспечивать надлежащее санитарно-гигиеническое содержание палат;

— находиться безотлучно в отделении, выполняя назначения больным и следя за качеством ухода за ними (оставлять отделение она может только по распоряжению или разрешению начальника отделения или дежурного врача);

— докладывать старшей медицинской сестре о сдаче и приеме дежурства;

— по прибытии начальника отделения докладывать ему о состоянии тяжело больных и о вновь поступивших за время дежурства;

— принимать больных, поступающих из приемного отделения, и направлять их на койку;

— вести учет больных своего отделения, убывших и прибывших за время дежурства, знать тяжело больных, больных, нуждающихся в особом наблюдении, назначенное каждому больному лечение и диету;

— по указанию начальника отделения передавать дежурному врачу список больных, за которыми необходимо вести особое наблюдение во время его дежурства;

— докладывать ординатору о результатах наблюдения, особо установленного за некоторыми больными;

— следить за санитарным состоянием отделения, порядком в нем, чистотой, тщательностью уборки, за надлежащей температурой в помещениях и своевременной вентиляцией их;

— давать дежурной медицинской сестре приемного отделения сведения о количестве свободных мест в отделении.

В случаях, не предусмотренных настоящим Руководством, медицинская сестра отделения должна поступать по указанию своего ординатора или старшей медицинской сестры отделения.

799. Во время работы в вечернее и ночное время медицинская сестра отделения подчиняется дежурному врачу госпиталя. При вступлении на работу она обязана принять от медицинской сестры отделения, работавшей в дневное время, по описи и наличию все необходимое для работы медицинское имущество, листы назначения, папку с историями болезни, список тяжело больных, нуждающихся в особом наблюдении, с указанием какие, кому и когда назначены медицинские процедуры и какого ухода требуют эти больные.

Сестра-хозяйка отделения

800. Сестра-хозяйка (кастелянша) подчиняется непосредственно старшей сестре отделения, а в части материальной ответственности — начальнику отделения вещевого снабжения.

Сестра-хозяйка обязана:

— своевременно направлять в стирку и починку мягкий инвентарь;

— своевременно получать, хранить, содержать в исправности хозяйственное имущество отделения, вести учет его, следить за ремонтом и пополнением;

— следить за своевременным переодеванием больных во время пребывания их в отделении и при переводе в другие отделения;

— наблюдать за исправностью отопления, вентиляции, телефона, сигнализации, радиоточек, а также за санитарно-техническим состоянием помещений отделения и немедленно сообщать начальнику отделения и старшей сестре

о всех обнаруженных недочетах, одновременно принимать меры к их устранению;

— обеспечивать смену белья в палатах и организовывать мытье больных;

— периодически проверять имущество в палатах и правильность его использования (в том числе техническое состояние кроватей).

Операционная сестра

801. Операционная сестра подчиняется непосредственно начальнику отделения, в его отсутствие — дежурному хирургу, а в госпиталях, где дежурных хирургов нет,— дежурному врачу.

802. Операционная сестра непосредственно руководит вспомогательным персоналом, работающим в операционном блоке (операционная, предоперационная, стерилизационная, материальная). Она обязана:

— обращать особое внимание на соблюдение правил асептики и антисептики;

— наблюдать за надлежащим содержанием всех помещений операционного блока, его оборудования и имущества, за исправным действием аппаратуры для стерилизации, приборов для наркоза, аппаратов для переливания крови и прочих врачебных предметов и установок; за содержанием в должной чистоте всего хирургического инструментария, аппаратуры, медикаментов, перевязочного материала и за своевременным их пополнением и заменой;

— обеспечивать правильное хранение инструментария, медикаментов, наркозного эфира и хлороформа, белья, перевязочного материала, консервированной крови, стерильных растворов и т. п.;

— отвечать за стерильность и годность всех употребляемых при операции материалов, инструментария, аппаратуры и прочих предметов;

— заготовлять и стерилизовать по специальному указанию начальника отделения перевязочный материал, операционное белье и одежду, инструментарий, аппараты, медицинские предметы, шелк, кетгут и пр.; не реже одного раза в месяц посылать в лабораторию перевязочные материалы (вату, марлю), шелк, кетгут для проверки их стерильности;

— по указанию начальника отделения подбирать необходимые для операции хирургический инструментарий и прочие предметы;

— наблюдать за подготовкой больных к операции;

— помогать хирургу во время операций;

— под руководством хирурга и по его указанию вести во время операции и после нее точный счет хирургического инструментария и перевязочного материала;

— после операции приводить в порядок весь инструментарий, аппаратуру, а также оборудование, белье и помещение;

— следить за своевременным направлением на гистологическое и бактериологическое исследования материала, взятого во время операции от больного;

— по указанию начальника отделения своевременно выписывать для пополнения необходимые медикаменты, инструментарий и пр.;

— принимать доставленные из аптеки медикаменты, перевязочный материал, инструментарий и пр., лично проверять целость упаковки, надписи на этикетках; приходовать в специальных книгах имущество бессрочного пользования, кровь для переливания, наркозный эфир и хлороформ;

— в случаях, не предусмотренных настоящим Руководством, действовать по указанию начальника отделения.

Санитарка отделения

803. Санитарка отделения по вопросам, связанным с уходом за больными, подчиняется непосредственно медицинской сестре отделения.

Санитарка обязана:

— своевременно, правильно и аккуратно выполнять все требования и указания палатной сестры и ординатора по уходу за больными;

— своевременно производить уборку палат и подсобных помещений отделения и содержать их в надлежащей чистоте;

— наблюдать за выполнением правил внутреннего распорядка больными и посетителями;

— отвечать за целость и сохранность санитарно-хозяйственного, вещевого имущества и оборудования в закрепленных за ней палатах.

Буфетчица отделения

804. Буфетчица отделения подчиняется старшей медицинской сестре отделения. Она обязана:

— знать на каждый день число больных в отделении, находящихся на питании, а также своевременно извещать

диететическую сестру о больных, прибывших в отделение или убывших из него в течение дня;

— своевременно получать (согласно заказу на приготовление и выдачу готовой пищи из кухни) готовую пищу из кухни и сухие продукты из продовольственного склада, проверять их вес или количество;

— полученные продукты и пищу хранить в отделениях в надлежащем санитарном состоянии;

— своевременно производить раздачу пищи и продуктов;

— своевременно и доброкачественно мыть посуду;

— содержать в надлежащем санитарном состоянии раздаточную, столовую и посудомойку;

— отвечать за сохранность посуды в отделении;

— знать все наставления и положения по работе пищевых предприятий.

Дежурная медицинская сестра приемного отделения

805. Дежурная медицинская сестра приемного отделения назначается на дежурство приказом по госпиталю. Она подчиняется непосредственно дежурному врачу и без его разрешения не имеет права оставлять дежурную комнату.

806. Дежурная медицинская сестра приемного отделения обязана:

— немедленно доложить дежурному врачу о прибытии больных и состоянии их;

— измерить у больных температуру тела и тщательно проверить их документы;

— выполнить назначения дежурного врача по оказанию неотложной медицинской помощи;

— заполнить паспортную часть истории болезни, учетную карточку на поступившего в лечебное учреждение, алфавитную книгу, книгу учета больных, находящихся на стационарном лечении (все сведения проверяются путем опроса больных и по их документам);

— принять от больных под квитанцию ордена, ценные вещи, деньги и хранить их в денежном ящике до сдачи в финансовую часть госпиталя; разъяснить больному порядок сдачи и обратного получения партийного документа и оружия;

— организовать санитарную обработку больных и сдачу при необходимости в дезинфекцию (дезинсекцию) их вещей;

— следить за тем, чтобы больные не проносили в отделение оружие, режущие инструменты, медикаменты;

— организовать направление больных в лечебно-диагностические отделения госпиталя;

— составить и дать на кухню сведения (требование) о числе вновь поступивших больных, подлежащих зачислению на довольствие, и указать диету, установленную для них дежурным врачом;

— при вступлении на дежурство получить из всех отделений сведения о количестве свободных мест и о числе больных, подлежащих выписке;

— вести учет свободных мест в течение всего дежурства, отмечая число больных и число свободных мест по госпиталю в целом и по его отделениям.

807. Время смены дежурных медицинских сестер, а также порядок их отдыха устанавливает начальник госпиталя.

Врач-диетолог госпиталя

808. Врач-диетолог госпиталя подчиняется заместителю начальника госпиталя по медицинской части. Он отвечает за правильную организацию и применение лечебного питания в госпитале и осуществляет методическое руководство диетотерапией больных в отделениях. Распоряжения врача-диетолога, касающиеся лечебного питания в госпитале, обязательны для всех работников кухни, столовой и отделений.

809. По вопросам, связанным с организацией лечебного питания, технологией приготовления лечебных блюд, с обработкой и хранением продуктов, с санитарным состоянием кухни, столовых и продовольственного склада, врачу-диетологу подчиняются диететическая сестра, весь персонал кухни, продовольственного склада, столовых лечебно-диагностических отделений.

810. Врач-диетолог госпиталя обязан:

— контролировать правильность назначения лечащими врачами лечебного питания путем ознакомления с историями болезни и участия во врачебных обходах в лечебно-диагностических отделениях госпиталя;

— консультировать врачей госпиталя по вопросам диетотерапии;

— проводить специальные наблюдения за эффективностью лечебного питания и регулярно делать доклады на научных конференциях госпиталя по связанным с этим вопросам;

— участвовать в лечебной и военно-научной работе в объеме, указанном начальником медицинской части госпиталя;

— обеспечивать введение лечебных столов, а при необходимости и дополнительных научно-обоснованных пищевых лечебных рационов;

— систематически контролировать санитарное состояние кухни, продовольственного склада и столовых лечебно-диагностических отделений и требовать устранения обнаруженных недочетов;

— руководить работой по составлению ежедневных раскладок на все блюда, приготовляемые для больных;

— разрабатывать типовые режимы питания больных и участвовать в составлении индивидуальных лечебных столов;

— ежедневно посещать кухню и контролировать ее работу по приготовлению пищи путем взятия проб готовой пищи, направления блюд на лабораторное исследование, проверки состояния кухонного инвентаря и посуды;

— устанавливать порядок выписки питания больным в отделения, регулировать совместно с лечащим врачом выписку добавочных блюд и продуктов или замену отдельных блюд в пределах установленных норм;

— контролировать доставку готовой пищи из кухни в отделения;

— организовывать систематическое повышение квалификации личного состава кухни по вопросам лечебной кулинарии и пищевой санитарии, участвовать в специальной подготовке медицинского состава госпиталя по вопросам диетотерапии;

— организовывать своевременные медицинские обследования личного состава кухни и продовольственного склада, проведение профилактических прививок и бактериологический контроль за бациллоносительством;

— ежедневно проверять качество пищевых продуктов, поступающих на кухню и в продовольственный склад, и соответствие их требованиям лечебного питания;

— представлять отчеты по диететическому обслуживанию больных.

Старшая диететическая сестра госпиталя (заведующая кухней)

811. Старшая диететическая сестра (заведующая кухней) госпиталя подчиняется начальнику отделения продовольственного снабжения госпиталя, а по специальности — врачу-диетологу. Она отвечает за всю постановку работы на кухне

и за приготовление и отпуск пищи в лечебно-диагностические отделения, за сохранность и правильное использование кухонного инвентаря, оборудования и посуды.

812. Старшая диететическая сестра обязана:

— следить за своевременным получением шеф-поваром продуктов, за правильностью хранения их, а также полуфабрикатов и готовой пищи;

— составлять под руководством врача-диетолога картотеку раскладок на все блюда, изготовляемые кухней;

— руководить технологическим процессом приготовления лечебных блюд в соответствии с диететическими требованиями;

— проверять правильность закладки продуктов и точность выхода готовой продукции;

— следить за санитарным состоянием кухни и подсобных помещений;

— организовывать выдачу и доставку пищи в лечебно-диагностические отделения в соответствии с раздаточной ведомостью на выдачу готовой пищи;

— следить за правильностью обработки и чистотой кухонной и транспортной посуды;

— организовывать правильную расстановку кухонного персонала и участвовать в подборе его;

— следить за соблюдением графика медицинских осмотров личного состава кухни, за своевременным проведением профилактических прививок и исследований на бациллоносительство;

— участвовать в проведении занятий по повышению квалификации личного состава кухни;

— посещать лечебно-диагностические отделения для контроля за питанием больных, проводить опросы больных о качестве питания.

ГЛАВА IV

ПОРЯДОК ПРИЕМА БОЛЬНЫХ В ГОСПИТАЛЕ, ВЫПИСКИ ИХ И ПЕРЕВОДА В ДРУГИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Прием больных

813. Прием больных в госпитале в рабочее время производит начальник приемного отделения, а в случае его отсутствия — дежурный врач.

814. При поступлении в госпиталь солдаты, матросы, сержанты, старшины и курсанты военно-учебных заведений должны предъявить: направление части или военного коменданта, служебную книжку военнослужащего срочной службы, аттестаты, медицинскую книжку; офицеры — направление части, удостоверение личности, медицинскую книжку; члены семей военнослужащих — справку о принадлежности к семье военнослужащего и паспорт, направление врача; рабочие и служащие Советской Армии и Военно-Морского Флота — справку с места службы, паспорт и направление врача.

В пределах лимита, установленного Главным военно-медицинским управлением, в госпитали разрешается принимать лиц из гражданского населения, страдающих сложными или редко встречающимися заболеваниями, в целях повышения квалификации врачей.

815. Больных, не имеющих направления и других документов, принимают в лечебные учреждения только в неотложных случаях; в истории болезни их делают отметку об отсутствии тех или иных документов, а начальник госпиталя одновременно запрашивает о них командира части и оповещает коменданта города.

816. После того как больного осмотрит врач, заполняют историю болезни; помимо паспортной части, в нее заносят данные осмотра, поставленный дежурным врачом диагноз, отделение, куда направляют больного, необходимое лечение (до осмотра в отделении), диету, намечаемые лабораторные и другие исследования; делают отметку о проведенной в приемном отделении санитарной обработке, о виде транспортировки в отделение, об ознакомлении больного с распорядком дня и правилами поведения в госпитале. Записи в истории болезни подписывает дежурный врач. Историю болезни направляют вместе с больным в отделение.

817. Больных с невыясненным диагнозом, с подозрением на инфекционное заболевание помещают в диагностическую палату приемного отделения и устанавливают за ними уход и наблюдение. В диагностической палате приемного отделения больной должен находиться не более суток. В течение этого срока консультативно решается вопрос о его направлении в то или иное отделение госпиталя или о переводе его в специализированное лечебное учреждение.

818. Больных, которым необходимо оказать срочную медицинскую помощь (операция и др.) или создать покой в

случае их возбуждения или бредового состояния, без задержки направляют в соответствующие лечебно-диагностические отделения; там им оказывают помощь лично дежурный врач или специалисты госпиталя.

819. Одежду, белье, обувь, деньги, часы, оружие, ножи, бритвы больные, поступающие в госпиталь, сдают под квитанцию медицинской сестре приемного отделения. Больным разрешается оставлять бумагу, конверты, книги, карандаши, небольшое количество денег, папиросы, спички, зубную пасту, щетку, порошок, мыло, носовые платки.

820. Партийные документы больные сдают на хранение заместителю начальника госпиталя по политической части; при отсутствии штатной должности заместителя по политической части — передают секретарю первичной парторганизации для сдачи на хранение в политотдел, обслуживающий госпиталь.

821. О каждом поступившем больном начальник госпиталя в тот же день извещает по установленной форме командира части (военного коменданта) с указанием диагноза заболевания (Устав внутренней службы Вооруженных Сил Союза ССР).

Санитарная обработка больных в приемном отделении госпиталя и направление их в лечебные отделения

822. Каждый больной, поступающий в госпиталь, сдав личные вещи и получив квитанцию, проходит санитарную обработку (мытье со сменой белья, а при необходимости дезинфекция обмундирования).

В душевой должны быть выделены отдельные кабины для больных венерическими и кожными болезнями; для инфекционных больных должен быть предусмотрен отдельный санитарный пропускник.

Каждому больному выдают дезинфицированную мочалку.

823. У поступающих больных стрижка волос производится по медицинским показаниям.

824. Больные проходят ту санитарную обработку, которую с учетом состояния их здоровья указал дежурный врач (полная санитарная обработка, душ или ванна, обтирание и протирание дезинфицирующими растворами и т. д.).

Примечание. По указанию дежурного врача тяжело больных и больных с травмами можно направлять в отделения и без санитарной обработки; об этом дежурный врач делает в истории болезни соответствующую отметку. Санитарная обработка их проводится в отделениях.

825. После санитарной обработки больные надевают госпитальное белье и одежду. В холодное и ненастное время года при расположении приемного отделения в отдельном от лечебно-диагностических отделений здании больные надевают брюки, халаты (пальто), шапку и сапоги (валенки). Дежурная медицинская сестра отделения при приеме больных возвращает все эти вещи в приемное отделение.

В лечебно-диагностические отделения больных направляют в сопровождении санитара и передают дежурной медицинской сестре. Тяжело больных по указанию дежурного врача переносят в отделения на носилках, при необходимости — в сопровождении медицинского персонала.

Выписка больных

826. Больных выписывают из госпиталя после того, как будет закончено их обследование, лечение, а также при переводе по заключению начальников лечебно-диагностических отделений в другое лечебное учреждение. Заключение о переводе утверждает начальник медицинской части госпиталя.

Больных, на которых во время лечения документы из части не поступили, выписывают только с ведома коменданта города.

827. Больных, лечение которых закончено и которые подлежат возвращению в часть, категорически запрещается задерживать в лечебных учреждениях.

828. Истории болезни на выписываемых (переводимых в другие лечебные учреждения) больных подписывают начальники лечебно-диагностических отделений и начальник медицинской части госпиталя (в лазаретах — начальник лазарета).

829. Истории болезни на выписываемых (переводимых) больных начальники отделений госпиталя направляют в медицинскую часть; там на лечившихся заготовляют документы и заполняют оборотную сторону «Учетной карточки на поступившего в лечебное учреждение». При переводе больных в другое лечебное учреждение в последнее пересылают копии или выписки из историй болезни.

830. Все выписываемые (переводимые в другие лечебные учреждения) больные переодеваются в личное обмундирование в специально отведенных для этого комнатах под контролем медицинской сестры отделения. Обмундирование боль-

ных должно быть выстирано, выглажено, подшиты чистые подворотнички.

831. Начальник госпиталя в день выписки извещает командира части (военного коменданта) о каждом выписанном из госпиталя военнослужащем (Устав внутренней службы).

При необходимости вызвать для выписываемых больных сопровождающих извещение об этом направляют в часть заблаговременно, указав при этом дату выписки.

Выписываемым выдают на руки справки о пребывании в госпитале и медицинские книжки в запечатанном конверте.

832. Акты обследования состояния здоровья призывников на руки обследуемым не выдают; начальник госпиталя направляет эти акты в призывные комиссии.

Перевод больных

833. В тех случаях, когда госпиталь не может обеспечить больному необходимую медицинскую консультацию, обследование и лечение даже при привлечении специалистов местных органов здравоохранения, начальник госпиталя возбуждает перед военно-медицинским отделом округа ходатайство о переводе данного больного в другое лечебное учреждение.

834. В пределах округа больных переводят из одного госпиталя в другой по распоряжению начальника медицинской службы округа.

835. Из госпиталя одного округа в госпиталь другого больных переводят по согласованию между соответствующими начальниками медицинской службы этих округов.

836. При невозможности обеспечить обследование и лечение в окружном госпитале военнослужащие могут быть направлены в Главный военный госпиталь Министерства обороны, в клиники Военно-медицинской академии, в институты и клиники органов гражданского здравоохранения, каждый раз по согласовании непосредственно с начальниками (директорами) этих учреждений или Главным военно-медицинским управлением.

837. Военнослужащие, получившие инвалидность в период прохождения военной службы, могут быть направлены в госпиталь для инвалидов Великой Отечественной войны по месту жительства после соответствующего разрешения Министерства здравоохранения союзной республики, запрашиваемого начальником медицинской службы округа.

838. Больных, переводимых в другие лечебные учреждения или выписываемых, при наличии медицинских показаний должен сопровождать медицинский персонал.

ГЛАВА V

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ О ПОРЯДКЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ, НАБЛЮДЕНИЯ ЗА НИМИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ

839. Обследование больных проводится с целью:

— выяснить характер заболевания (установить диагноз);

— назначить рациональное и эффективное лечение, чтобы добиться в наиболее короткий срок восстановления бое- и трудоспособности заболевшего;

— определить необходимые мероприятия по профилактике обострений (повторений) заболевания после проведенного лечения;

— разработать необходимые лечебно-профилактические мероприятия для предотвращения аналогичных заболеваний у личного состава данной части.

При установлении диагноза заболевания необходимо выяснить преимущественную локализацию болезненного процесса, характер и степень анатомических и функциональных изменений пораженных органов и всего организма в целом (с учетом всех его особенностей), а по возможности — причины заболевания (этиологию) и механизм его возникновения и развития (патогенез).

840. Обследование больного начинается с момента поступления его в госпиталь и включает:

— осмотр больного дежурным врачом в приемном отделении и в случае необходимости консультацию специалиста;

— осмотр больного начальником лечебно-диагностического отделения и первичное обследование лечащим врачом (ординатором);

— дополнительное обследование, заключающееся в использовании вспомогательных лабораторных и инструментальных методов исследования (бактериологическое, серологическое, биохимическое, рентгенологическое, электрокардиографическое, эндоскопическое и т. п.);

— при соответствующих показаниях специальное обследование соответствующими специалистами (невропатолог, оториноларинголог, офтальмолог, уролог и др.).

841. Основными и обязательными методами обследования больного во всех случаях и для всех специальностей являются физические. Они осуществляются при помощи органов чувств непосредственно или с использованием инструментов — наружный осмотр, ощупывание (пальпация), выстукивание (перкуссия), выслушивание (аускультация) и дополняются данными, полученными при детальном и целеустремленном расспросе больного.

842. В приемном отделении госпиталя дежурный врач осматривает больного, чтобы выяснить характер заболевания, оценить тяжесть состояния больного и определить, в какое отделение (терапевтическое, хирургическое, неврологическое и др.) его следует направить.

Правильное применение соответствующих методов обследования больного в сочетании с умело проведенным расспросом (выяснение жалоб и анамнеза), правильная оценка полученных данных позволяют в большинстве случаев уже в приемном отделении поставить диагноз основного заболевания и сделать необходимые лечебные назначения.

Результаты обследования и назначенное лечение дежурный врач записывает в историю болезни.

Если больной, находящийся в тяжелом состоянии, поступает в лечебное учреждение в часы, когда врачи отделений закончили работу, дежурный врач детально обследует его, оказывает ему неотложную помощь, назначает лечение и подробно записывает все данные в историю болезни. При необходимости дежурный врач немедленно вызывает соответствующего специалиста.

843. Обследование больного начинают с так называемого субъективного обследования, основанного на расспросе больного, для выяснения жалоб, анамнеза настоящего заболевания (anamnesis morbi), анамнеза жизни (anamnesis vitae), данных о наследственности (семейный анамнез).

Анамнез настоящего заболевания собирают с целью установить длительность заболевания, причину его возникновения (или обострения), последовательность развития болезненных симптомов (со слов больного или по имеющимся справкам) и проводившееся лечение.

Анамнез жизни больного дает возможность установить: появилось ли данное заболевание впервые или оно представляет собой обострение старого болезненного процесса;

какие факторы внешней среды и какие изменения внутри организма послужили причиной развития заболевания; какова устойчивость организма по отношению к различным вредным воздействиям и др.

Анамнез жизни нужно изучать по периодам жизни больного, учитывая при этом взаимодействие его организма с окружающей внешней средой и ответные реакции на раздражения, исходящие из этой среды. Одновременно нужно собирать данные о физическом развитии больного, о бытовых условиях, условиях труда; о перенесенных в прошлом заболеваниях, операциях, травмах, привычных интоксикациях (курение, употребление алкоголя и т. п.), о половой жизни.

Субъективное обследование заканчивается выяснением наследственности больного.

Если из-за бессознательного состояния больного расспрос невозможен, необходимые сведения можно получить у родных или лиц, сопровождавших больного в госпиталь, а также пользуясь данными медицинской документации.

844. Объективное обследование (физическое, лабораторное и др.) должно расширить представление врачей о состоянии и функциональных способностях отдельных физиологических систем и всего организма больного в целом.

При объективном обследовании оценивается общий вид, телосложение больного, измеряется его рост, окружность грудной клетки, вес; определяется состояние кожи и слизистых оболочек, подкожной клетчатки, подкожножирового слоя, мышц, сухожилий, связок, суставов, полости рта и зева, лимфатических узлов.

После этого переходят к исследованию состояния внутренних органов по системам в следующем порядке:

— система органов дыхания;

— система органов кровообращения (сердечно-сосудистая система);

— система органов пищеварения;

— мочеполовая система;

— нервная система, эндокринные железы и органы чувств.

845. По окончании первичного обследования больного врач на основании клинической оценки субъективных и объективных данных ставит предварительный диагноз, назначает лечение и при необходимости дополнительные исследования.

846. Из лабораторно-инструментальных исследований при

всех заболеваниях обязательны общий (клинический) анализ крови, клинический анализ мочи, а при показаниях рентгенологическое исследование органов грудной клетки и желудочно-кишечного тракта. Исследования крови (полный клинический анализ) и мочи должны быть произведены в первые два дня пребывания больного в отделении и обязательно при выписке; рентгенологическое исследование грудной клетки — в первые три дня после поступления больного в отделение.

Примечание. Повторные исследования у длительно лежащих больных производятся в зависимости от показаний.

847. Другие исследования (фракционное исследование желудочного сока, дуоденальное зондирование, исследование функции почек и др.) проводят по мере надобности, в зависимости от характера заболевания, для подтверждения или детализации диагноза и т. д.

848. Все данные, полученные при обследовании больного, вносят в историю болезни. Они должны быть изложены полно, последовательно и четко.

История болезни является основным документом, составляемым на больного в госпитале. Она имеет большое лечебное, научно-практическое и юридическое значение:

— лечебное, так как по записям в ней выполняются диагностические и лечебные мероприятия;

— научно-практическое, так как служит исходным материалом для изучения причин и особенностей течения тех или иных заболеваний, а следовательно, для разработки и проведения профилактических мероприятий среди личного состава Советской Армии и Военно-Морского Флота;

— юридическое, так как дает возможность судить о правильности и своевременности диагностических и лечебных мероприятий.

849. Диагноз, с которым больной поступает в лечебное учреждение, проставляется в приемном отделении на титульном листе истории болезни; предварительный диагноз — в лечебно-диагностическом отделении после первичного осмотра больного; окончательный — немедленно по установлении (с указанием даты). Окончательный диагноз оформляют на титульном листе по согласовании с начальником отделения, как правило, не позднее трех суток со дня поступления больного, за исключением отдельных случаев, весьма сложных в диагностическом отношении.

850. После того как будет поставлен диагноз, лечащий врач назначает больному лечение, соответствующее характеру заболевания и вызванным функциональным нарушениям.

Устанавливаемые для больного режим, диета, лекарственные, физиотерапевтические, диагностические назначения и т. д. вносят в соответствующий раздел истории болезни; при этом в отношении лекарственных и процедурных назначений указывают разовую дозу, количество приемов (при необходимости с указанием часов приема), способ применения и т. д.

Назначения следует пронумеровать. Об изменении их (отмена и др.) нужно указывать в истории болезни, а если они остаются прежними, отмечать об этом в дневнике.

Лечащий врач ежедневно контролирует выполнение назначений, внесенных им в историю болезни.

851. Ежедневно в графе «Течение болезни», представляющей собой дневник истории болезни, врач должен делать краткую, но содержательную запись, отражающую самочувствие, общее состояние больного, все изменения, наблюдающиеся в пораженных органах, появление новых симптомов болезни, реакцию организма на проводимое лечение; при необходимости — результаты объективного исследования (частота пульса, дыхания, количество выпитой жидкости, диурез, количество выделенной мокроты и т. д.). Все эти данные надо отразить в динамике (отмечать происходящие изменения). Медицинская сестра обязана записывать в дневник температуру тела больного.

Запись в дневник истории болезни лечащий врач (ординатор) производит в палате.

В дневнике отмечают обходы начальника отделения, рекомендации консультантов, консилиумов, их заключения. В единичных случаях, когда в течении болезни значительных изменений не произошло (хронически текущие заболевания с малой динамикой изменений, состояние после травм и т. д.), запись может ограничиться указанием, что в состоянии больного изменений не произошло, но и в этих случаях не реже одного — двух раз в неделю надо производить подробную запись субъективного и объективного состояния больного.

852. Неотъемлемой частью истории болезни является температурный лист, на котором графически изображается кривая температуры тела больного; в нужных случаях и у тяжело больных на температурном листе ведут

кривую пульса, дыхания, проставляют важнейшие клинические и лабораторные данные (артериальное давление, количество выделяемой мокроты, мочи и т. д.) и лечебные назначения. Температурный лист хранят в истории болезни.

853. Данные лабораторных исследований (бланки и т. д.) необходимо тщательно скреплять (подшивать) в истории болезни (в хронологическом порядке); в дневнике следует отражать основные данные лабораторных исследований с оценкой наиболее важных отклонений. На больных, длительно находящихся в госпитале, периодически (не реже одного раза в 15—30 дней) составляется текущий (так называемый этапный) эпикриз, отражающий в сжатом виде основные данные о течении заболевания и о происшедших за этот период изменениях. Эпикриз составляют также перед операцией, при переводе больного из одного отделения в другое, направлении на госпитальную военно-врачебную комиссию, выписке и переводе больного из госпиталя (с указанием лечебно-профилактических рекомендаций), при летальном исходе.

854. История болезни обычно заканчивается записью заключительного эпикриза.

Под эпикризом понимают сжатое изложение существа и особенностей заболевания данного больного, главных сведений о нем, подробный заключительный диагноз основной болезни и всех сопутствующих заболеваний и осложнений с кратким указанием этиологии, особенностей течения болезни, основных лечебных мероприятий и, наконец, исхода болезни.

855. Все свои записи (дневники, эпикризы) в истории болезни лечащий врач обязательно подписывает.

856. Начальник отделения должен просматривать истории болезни не реже одного раза в 10 дней и делать об этом отметку в них. Законченную ординатором историю болезни начальник отделения просматривает и скрепляет своей подписью.

Все записи (в том числе диагноз) делают на русском языке, лекарственные назначения пишут на латинском.

857. Истории болезни должны иметь опрятный внешний вид. Все записи в них должны быть сделаны четким почерком, без помарок. Вычеркивать слова, писать их в сокращенном виде или заменять другими, а также делать какие-либо дополнения после выписки больного категорически запрещается.

858. Истории болезни с температурными листами должны храниться в ординаторской комнате под замком, ключ после ухода врачей должен находиться у дежурной сестры. Истории болезни тяжело больных хранятся в отдельной папке. Ни в коем случае не разрешается оставлять истории болезни на столах и кроватях больных во избежание ознакомления с ними больных и посторонних лиц.

После выбытия больного из госпиталя историю болезни сдают в медицинскую часть для хранения в архиве госпиталя.

859. Медицинский и обслуживающий персонал отделения должен сочетать постоянную заботу о больных с настойчивостью и разумной строгостью, всемерно щадить физический и душевный покой больных, поддерживать у них бодрость, уверенность в своем выздоровлении. Психотерапия, как одна из существенных составных частей лечебного процесса, должна применяться умело и систематически наряду с другими лечебными назначениями.

При проведении всех лечебных мероприятий необходимо соблюдать строго индивидуальный подход к каждому больному.

860. Организация лечебно-охранительного режима предусматривает:

— высокую культуру приема и обслуживания больных, создание тишины, уютной обстановки в палатах и других помещениях отделения; внимательное отношение медицинского и обслуживающего персонала к больным и соответствующую воспитательную работу среди них;

— разработку такого распорядка дня, в котором бы правильно сочетались покой и отдых больных со строгим выполнением установленного в отделении режима;

— умение индивидуально оценивать психическое состояние каждого больного с учетом особенностей его заболевания;

— мероприятия, направленные на уменьшение болевых ощущений;

— охранение и удлинение физиологического сна больных (если нет противопоказаний);

— охранение больных от психической травмы и профилактику иатрогений;

— правильную организацию лечебного питания, режим приема пищи, создание соответствующей обстановки в столовых;

— организацию культурного отдыха больных, поддерживающего у них хорошее настроение и бодрость.

861. Лечебно-охранительный режим необходимо проводить с момента поступления больного в приемное отделение госпиталя. Персонал приемного отделения должен внимательно и заботливо относиться к больному, внушить ему доверие, уверенность в благоприятном исходе заболевания. В приемном отделении должен быть создан необходимый уют, всегда поддерживаться чистота и порядок; целесообразно устройство санитарно-просветительных выставок, стендов на актуальные темы.

862. В лечебно-диагностических отделениях все мероприятия (утренняя гимнастика, обходы врачей, выполнение назначений, прием пищи) должны проводиться в точно установленное время. Строго определяются часы ночного сна больных, устанавливается обязательный послеобеденный отдых. Чтобы обеспечить тишину, покой и по возможности удлинить сон больных, основную уборку палат следует делать вечером перед отходом больных ко сну. В ночное время прием больных в отделение и выполнение различных лечебных назначений следует производить осторожно, не нарушая покой спящих больных.

863. Во время врачебных обходов, консультаций, консилиумов нельзя обсуждать в присутствии больных их состояние, заболевание, прогноз. Обсуждать диагноз, течение заболевания, изменять лечебные назначения, как правило, следует в кабинете врача. Медицинский персонал (врачи, сестры, санитарки) не должны допускать слов, выражений, жестов и т. д., которые могут оказать отрицательное воздействие на психику больных. Медицинские сестры и младший обслуживающий персонал не должны сообщать больным сведения об их заболеваниях. Все сведения о больных и их заболеваниях дает лечащий врач или начальник отделения. Нельзя знакомить больных с историями болезни и другими документами, где говорится о сущности заболевания.

864. Тяжело больных необходимо помещать в отдельные палаты. В хирургическом отделении не следует помещать больных, имеющих послеоперационные осложнения, вместе с больными, которым предстоит оперативное вмешательство по тому же поводу. Каждому больному надо объяснить, для чего проводится то или иное исследование, почему показано оперативное вмешательство. Учитывая, что ожидание операции часто отрицательно сказывается на психике больного, ее надо производить в известный ему день и час (за исклю-

чением случаев, связанных с изменениями в состоянии больного). Нельзя вводить больного в операционную, пока не будет убран окровавленный перевязочный материал и медицинский персонал не сменит окровавленные халаты.

Спокойствие, выдержка хирурга и контакт с больным во время операции (если она производится под местным обезболиванием) являются существенными факторами, положительно сказывающимися на состоянии больного.

Хирургу, оперировавшему больного, рекомендуется навестить его после операции в палате, так как это тоже хорошо влияет на больного.

865. Посещение больных родственниками и знакомыми должно быть регламентировано. Дежурный или лечащий врач (или дежурная сестра) должен дать посетителям совет, как вести себя с больным.

866. При проведении культурно-просветительной работы среди больных подбирать соответствующую литературу (художественную и популярную медицинскую) и кинокартины, разрабатывать тематику лекций и бесед надо так, чтобы было исключено все, что может отрицательно повлиять на психику больных.

867. Физические методы лечения оказывают благоприятное влияние не только на физическое, но и на психическое состояние больных. Поэтому надо широко использовать все возможности для применения этих методов (использование физиотерапевтического кабинета, лечебная физкультура, хорошая вентиляция помещений отделения, устройство площадок для солнечных и воздушных ванн, площадок для физкультурных занятий, организованные прогулки больных на территории госпиталя и т. д.).

868. Особое внимание надо обращать на изучение условий военного труда и быта больных военнослужащих, выявлять служебные и бытовые факторы, отрицательно действующие на психику больных, и принимать меры к их устранению через командиров (начальников) частей (учреждений) и соответствующих начальников медицинской службы.

869. Наблюдать за состоянием больных, за выполнением назначенного им режима, за соблюдением диеты, за лечением обязан лечащий врач, а в его отсутствие — палатная сестра. Она докладывает врачу о всех изменениях, которые произошли в состоянии больных в отсутствие врача; следит за состоянием пульса и дыхания тяжело больных; при появлении осложнений и ухудшении состояния кого-либо из боль-

ных немедленно вызывает дежурного врача. Во время вечернего обхода дежурного врача докладывает ему о всех тяжело больных, а также о тех, у кого за время отсутствия лечащего врача появились новые симптомы или ухудшилось общее состояние. В ночное время дежурная сестра в случае ухудшения состояния больного (боли, удушье и др.) немедленно вызывает дежурного врача.

870. Палатная сестра ежедневно делает выборку назначений из истории болезни и вносит их в лист назначений. Этот лист является рабочим документом, по которому палатная сестра выполняет назначения. Она должна вести листы аккуратно, хранить их в папках по палатам и по заполнении, а также при выписке больного подшивать к историям болезни (см. приложение 17).

Перед выдачей лекарств больному она каждый раз проверяет соответствие лекарства назначенному, внимательно читая его название на этикетке и обращая внимание на цвет, запах. При малейшем сомнении в правильности назначения сестра обязана отложить его выполнение и доложить о своих сомнениях врачу.

871. При отмене врачом того или иного назначения палатная сестра на основании записи в истории болезни делает в листе назначений отметку об отмене и указывает дату.

872. Больные должны принимать лекарство в присутствии палатной сестры. Оставлять у больных медикаменты запрещается за исключением растворов для полоскания в количестве не свыше 200 *мл* (растворы бертолетовой соли и др., которые могут вызывать отравление, тоже нельзя оставлять). Допускается выдавать больному на руки средства неотложной помощи (валидол, нитроглицерин и др.) в необходимом количестве по назначению врача.

873. Особое внимание уделяется сильнодействующим и ядовитым веществам (морфин, пантопон, кокаин и т. д.), которые палатная сестра получает от старшей медицинской сестры на каждое назначение.

874. Для выяснения сложных вопросов диагностики, лечения, прогноза и т. д. организуются консультации специалистов госпиталя или специалистов других лечебных учреждений, а также консилиумы.

875. Больных назначают на консилиум начальник отделения или старшие начальники медицинской службы. Начальник отделения указывает желательный состав кон-

силиума и срок его созыва и докладывает об этом начальнику медицинской части госпиталя. Начальник медицинской части госпиталя приглашает необходимых специалистов.

876. Консультанту или специалистам, принимающим участие в консилиуме, докладывает о больном лечащий врач или начальник отделения. Заключение консультанта заносят в историю болезни с указанием диагноза и рекомендуемого лечения. В необходимых случаях назначают дополнительные исследования или повторные консультации (консилиумы).

877. Заключение консилиума с внесенными в него данными исследований, диагнозом и рекомендуемой терапией записывают в историю болезни. В тех случаях, когда окончательный диагноз установить невозможно, указывают предположительный диагноз и дополнительные исследования или наблюдения, которые необходимо провести, а также срок повторного консилиума.

878. Заключение консультанта или консилиума подписывают консультант (все участники консилиума), лечащий врач, а также представители командования госпиталя (если они участвовали в консилиуме).

879. В тех случаях, когда больные генералы, адмиралы и офицеры нетранспортабельны или лечатся на дому по каким-либо другим причинам, консультации и консилиумы созывают у них на дому; порядок проведения тот же, что и в госпитале.

880. Все манипуляции, выполнение которых требует от персонала специальной квалификации (внутривенные вливания, переливание крови, аутогемотерапия, взятие крови из вены, введение сывороток, вакцин, катетеризация, желудочные и дуоденальные зондирования и др.), осуществляют врачи отделения или под их непосредственным наблюдением подготовленный средний медицинский персонал.

881. Такие манипуляции, как введение под кожу физиологического раствора, сифонные, капельные, питательные клизмы и т. д., выполняют палатные сестры; врач должен предварительно проверить, умеют ли они делать это.

В дальнейшем за этой работой палатных сестер устанавливается систематический контроль.

ГЛАВА VI

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ В НЕКОТОРЫХ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ

Организация работы хирургического отделения

882. Для нормальной работы хирургического отделения необходимо предусмотреть специализацию его коек. Для общехирургических, травматических, нейрохирургических, урологических и других больных, в том числе для больных с гнойными заболеваниями, должны быть организованы отделения или выделены палаты.

883. Всякое плановое хирургическое вмешательство проводится с разрешения начальника отделения. Накануне дня операций начальник отделения после доклада ординаторов лично осматривает каждого больного, назначенного на операцию, изучает его историю болезни, предоперационный эпикриз и своей подписью утверждает показания к операции и назначение на нее. Он определяет характер намечаемой операции и утверждает список назначенных на операцию больных с указанием фамилии оперирующего хирурга, ассистента (ассистентов), характера оперативного вмешательства, вида обезболивания и очередности операций.

884. Утром в день операции больного осматривают оперирующий хирург и анестезиолог. Они проверяют общее состояние больного, его подготовленность к операции (ванна, смена белья, опорожнение кишечника, качество бритья волос и др.).

885. После операции больных помещают в послеоперационные палаты. Наблюдение за оперированными ведут лечащие врачи (ординаторы).

886. В хирургическом отделении должны быть оборудованы операционно-перевязочный блок, гипсовальная и эндоскопическая комнаты, рентгеновская установка (желательно стационарная и передвижная).

Примечание. Организацию неотложной помощи в госпитале см. в соответствующей главе настоящего Руководства.

Организация работы операционно-перевязочного блока

887. Операционно-перевязочный блок — самое ответственное звено хирургического отделения. В нем оказывается квалифицированная хирургическая помощь, которая включает плановые и экстренные операции, перевязки, внутривенное,

внутриартериальное, внутрикостное введение крови и лекарственных веществ и другие хирургические манипуляции.

888. От правильного размещения и организации операционно-перевязочного блока во многом зависят исходы хирургического лечения больных.

Основным принципом в организации операционно-перевязочного блока является строгое соблюдение асептики при полном разделении его на «чистую» и «гнойную» половину, если нет специального отделения «гнойной» хирургии с собственным операционно-перевязочным блоком.

889. В состав «чистой» половины операционно-перевязочного блока входят: операционная с предоперационной, стерилизационно-автоклавная, «чистая» перевязочная и материальная.

В крупных госпиталях, кроме того, выделяется операционная для экстренных операций.

890. Половина, отведенная для «гнойных» операций, должна размещаться изолированно от «чистой», лучше всего в противоположной части отделения.

891. Операционно-перевязочный блок необходимо содержать в строгой чистоте:

— все предметы в операционной (перевязочной) ежедневно протирать влажной чистой тряпкой, пол мыть горячей водой с мылом;

— в день операций (до их начала) делать влажную уборку с протиранием стен на высоту 2 *м* (желательно также ультрафиолетовое облучение воздуха); при выявлении гнойного процесса во время операции в «чистой» операционной надо после операции производить тщательную уборку операционной и предоперационной с применением дезинфицирующих растворов;

— не реже одного раза в неделю подвергать тщательной влажной уборке с применением дезинфицирующего раствора стены, пол, потолок, двери и окна операционной (перевязочной) и предоперационной; перед влажной уборкой удалять пыль со стен, потолков и оборудования желательно при помощи электропылесоса (закрепляется за операционной).

Примечание. При наличии в госпитале только одной операционной «гнойные» операции выполняют в перевязочной; после операции ее подвергают тщательной уборке с применением дезинфицирующего раствора.

892. Операционная должна отвечать требованиям, предъявляемым к помещениям подобного назначения; в частности стены и потолок должны быть окрашены масляной краской

светлых тонов или выложены глазурованной плиткой; пол покрыт метлахской плиткой или линолеумом. Чистота воздуха достигается хорошей вентиляцией (желательно приточно-вытяжная с фильтрацией, подогреванием и увлажнением воздуха); температура воздуха поддерживается в пределах 20—22°.

893. В операционной должно быть, кроме естественного, искусственное освещение — стационарная электрическая лампа (бестеневая или с рефлектором), передвижной рефлектор для бокового освещения, а также аварийное освещение (аккумуляторное, электрический движок или керосиновые лампы).

894. Операционную нельзя загромождать лишней мебелью и аппаратурой. В ней должны стоять: операционные столы (один стол на каждые 50 коек отделения), стол сестры, столик для растворов и медикаментов, передвижной столик для подачи инструментария к каждому операционному столу, подставки для барабанов, столик наркотизатора, винтовые стулья, табуреты и эмалированные тазы.

895. На столике наркотизатора должны быть: наркозная маска, роторасширитель, языкодержатель, тампонодержатель, простерилизованные шприц и иглы, два полотенца, марлевые салфетки, вазелин, аппарат для измерения артериального давления; из ампульных препаратов: камфора, кофеин, эфедрин, адреналин, строфантин, лобелин, свежеприготовленный 1% раствор новокаина (для внутривенного введения), 4% раствор глюкозы, эфир, гексенал для наркоза. В крупных госпиталях надо иметь аппараты для газового наркоза.

896. В предоперационной, сообщающейся с операционной, потолок и стены должны быть окрашены масляной краской в тон операционной, пол выстлан плиткой или линолеумом.

897. В предоперационной производится обработка рук хирургов (а также всех, принимающих участие в операции). Для этого предоперационная оборудуется:

— умывальниками, к которым бесперебойно подается горячая и холодная вода; краны снабжаются приспособлением в виде длинного рычага, позволяющего регулировать подачу воды, не дотрагиваясь до них руками; раковины (по две на каждый операционный стол) должны быть достаточной ширины и емкости;

— подставками с эмалированными тазами для обработки рук по Спасокукоцкому — Кочергину;

— песочными часами.

В предоперационной хранят:

— хирургический инструментарий;

— стерильные растворы, медикаменты, наркотизирующие вещества, подушки с кислородом и углекислотой, жгуты;

— простерилизованное белье, перевязочный материал, перчатки, шовный материал, аппаратуру для переливания крови и лекарственных растворов, набор для трахеотомии, катетеры, инструментарий для извлечения инородных тел из дыхательных органов и пищевода, шприцы с набором игл;

— аппарат для хирургической диатермии и электроотсос (в чехлах), стойку с приспособлением для капельного переливания крови и плазмозамещающих жидкостей;

— клеенчатые фартуки (для хирургов), достаточный запас масок (из двух слоев марли), матерчатых и клеенчатых чулок с расчетом обеспечить ими персонал и лиц, присутствующих при операции.

Примечания: 1. Хирургические инструменты хранят в стеклянных шкафах сгруппированными по видам операций: черепно-мозговых, внутригрудных, желудочно-кишечных, костных; типовой инструментарий, используемый при всех операциях, хранят отдельно; хирургические инструменты, работающие на зажим (пинцеты Кохера, Пеана и пр.), не рекомендуется хранить закрытыми на замок, так как это приводит к преждевременному их изнашиванию.

2. Ключи от шкафов со стерильным бельем и растворами хранятся у старшей операционной сестры, в ее отсутствие у дежурной операционной сестры или у дежурной сестры хирургического отделения (при отсутствии дежурств операционных сестер).

3 Стерильные растворы (за исключением ампулированных) необходимо освежать через каждые трое суток после их изготовления.

4. Дежурному персоналу категорически запрещается расходовать на текущие нужды материал и стерильные растворы, подготовленные для оказания экстренной хирургической помощи.

898. Стерилизационно-автоклавная с хорошей вытяжной вентиляцией размещается рядом с операционной; при наличии электрических стерилизаторов и автоклава может сообщаться через подъемное окно с предоперационной. Стерилизационно-автоклавная может располагаться и в другом месте того же здания.

899. В стерилизационно-автоклавной инструментарий стерилизуют только для операционной, а белье и перевязочный материал — для всего отделения. Стерилизацию производит или операционная сестра, или специально выделенная медицинская сестра.

900. Инструментарий, белье и перевязочный материал стерилизуют в металлических барабанах; белье допускается

стерилизовать рыхло сложенным в двойных наволочках (мешках). В тех случаях, когда автоклавная расположена не рядом с операционной, каждый барабан (или узел) вкладывают в матерчатый мешок и завязывают.

901. Сестра, производившая стерилизацию, пломбирует или опечатывает простерилизованные барабаны и узлы (при этом она пропускает нитки через ушко запора барабана или прошивает завязанную часть мешка). На бирках она указывает «стерильно», проставляет дату стерилизации и свою подпись.

Примечание. Открытый барабан, содержимое которого в день его открытия не использовано, считается нестерильным и подлежит повторной стерилизации; закрытый барабан, содержимое которого не использовано в течение четырех суток, тоже подлежит повторной стерилизации.

902. Операционная сестра (сестры, работающие в перевязочной, стерилизационной) ведет стерилизационный журнал, где регистрирует весь поступающий на стерилизацию материал, результаты проб с серой и ежемесячного бактериологического контроля на стерильность по следующей форме:

Дата стерилизации	№ барабана	Содержимое барабана	Режим стерилизации		Проба с серой	Дата и результаты посева	Дата использования материала	Подпись старшей операционной (медицинской) сестры
			время	давление				

Примечания: 1. Подлинники результатов бактериологических исследований надо хранить в течение года.

2. В госпиталях, где имеются бактериологические лаборатории, рекомендуется, кроме ежемесячных посевов с материала и белья, ежемесячно проверять и действие автоклава на спорообразующие микробы (пробирки с нитями, пропитанными культурой сенной палочки, закладывают в барабан перед стерилизацией).

3. Для стерилизации можно принимать перевязочный материал от других отделений, а также от воинских частей гарнизона.

903. Материальная комната при операционной («чистой») должна иметь достаточное естественное освещение; стены ее окрашивают масляной краской.

904. В материальной:

— производится заготовка перевязочного материала и операционного белья для стерилизации;

— хранится запас инструментария и аппаратуры, редко используемой в операционной, баллоны с кислородом и углекислотой для текущего пользования, а также запас медикаментов, наркотизирующих веществ, перевязочного материала, белья, резины, стекла, необходимых для плановых и экстренных операций.

905. Для заготовки перевязочного материала выделяют стол. Заготовлять материал необходимо тщательно вымытыми руками на чистом столе и пользоваться специально закрепленными ножницами. Перевязочный материал для операционной готовят из новой марли и свежих запасов гигроскопической ваты.

906. При заготовке перевязочного материала, салфеток, тампонов и шариков надо снять случайные нитки и другие инородные тела. Салфетки (тщательно завернув краями внутрь) и тампоны складывают пачками по 10 штук и связывают ниткой.

Примечание. Перевязочный материал, использованный в операционной, после стирки и стерилизации можно повторно использовать при перевязках больных с гнойными ранами.

907. Белье должно быть закреплено за операционными и перевязочными и иметь соответствующие метки.

908. Белье и перевязочный материал рыхло укладывают в барабаны раздельно для плановых и экстренных операций.

909. При операционно-перевязочном блоке должен быть запирающийся холодильник для хранения консервированной крови и сывороток.

910. «Чистая» перевязочная размещается вблизи операционной («чистой»), но изолированно от нее.

Помещение перевязочной должно быть рассчитано на 1—2 стола и обеспечено всем необходимым для обработки рук и стерилизации инструментария.

Отделка перевязочной, ее освещение и оборудование — те же, что и операционной.

911. В «чистой» перевязочной выполняют несложные асептические оперативные вмешательства, снимают швы после асептических операций, производят внутривенное, внутриартериальное, внутрикостное введение консервированной крови, лекарственных растворов, новокаиновую блокаду и пр.

912. Операционная, предназначенная для операций при гнойных заболеваниях, размещается в одном блоке с перевязочной для перевязок гнойных ран. В перевязочной могут выполняться несложные операции (наложение вторичных швов, вскрытие небольших гнойников и пр.).

Оборудование, освещение «гнойных» операционной и перевязочной должны отвечать общеустановленным требованиям.

913. Для больных гнойными заболеваниями по возможности выделяют материальную для хранения стерильных растворов, медикаментов, наркотизирующих средств, необходимого запаса белья, а также для заготовки перевязочного материала.

Примечания: 1. При отсутствии в госпитале отдельной операционной для операций на глазу и ЛОРорганах их можно производить в «чистой» перевязочной или в операционной для больных гнойными хирургическими заболеваниями, в зависимости от показаний.

2. При наличии в госпитале одной перевязочной вначале следует производить асептические перевязки, а затем «гнойные».

914. В составе операционно-перевязочного блока крайне желательно иметь гипсовальную; для нее надо выделять комнату с хорошей вентиляцией, сообщающуюся с перевязочной.

915. В гипсовальной производят гипсовую иммобилизацию при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата, а также репозицию переломов костей.

916. В гипсовальной необходимо иметь: стол ортопедический, стол для заготовки гипсовых бинтов и лонгет, стол сестры для стерильного материала и инструментария, приспособления для противовытяжения при репозиции переломов длинных трубчатых костей верхней и нижней конечностей; подставку на 2 эмалированных таза; шкаф для хранения набора шин; инструментов для снятия гипсовых повязок, для наложения и снятия скелетного вытяжения; фартуков и чулок (клеенчатых).

917. В эндоскопической комнате необходимо иметь перевязочный стол, урологическое кресло, стол сестры, столик для реостата, стойку с кружкой Эсмарха для наполнения мочевого пузыря, винтовые стулья, шкаф с набором инструментов и аппаратурой для различных видов эндоскопического исследования (цистоскопия, ректоскопия и т. д.). В эндоскопической должны быть созданы условия для обработки рук, стерилизации обычного, оптического и эластического инструментария.

918. Начальник хирургического отделения по согласованию с начальником лаборатории обеспечивает плановый бактериологический контроль за стерильностью в операционных и перевязочных.

Бактериологический контроль на стерильность проводится не реже одного раза в месяц: посевы берут с перевязочного материала, операционного белья (из открываемых перед началом операций барабанов), шовного материала, перчаток, инструментария (в том числе режущего), а также с рук хирургов и операционных сестер; делают посев микрофлоры воздуха операционных (перевязочных).

Из каждой серии вновь заготовленного шовного материала перед употреблением надо обязательно делать посевы на стерильность.

919. В операционной (перевязочной) должен соблюдаться строгий режим и порядок, исключающие возможность травмирования психики больного, нарушения асептики и создающие наиболее благоприятные условия для работы. Поддерживается тишина, не допускается громкий разговор, излишнее хождение медицинского персонала в операционную и по операционному залу. Все участвующие в операции и присутствующие в операционной должны быть в шапочках, масках, в матерчатых или клеенчатых чулках.

920. Во время операции необходимо четко организовать работу, чтобы предотвратить возможность ошибочного введения растворов и оставления в операционной ране различных инородных тел (хирургических инструментов, тампонов, шариков и т. п.); операционная сестра перед началом местного обезболивания обязана зачитывать хирургу текст рецепта на этикетке флакона с обезболивающим раствором.

921. Операционная сестра и ассистент обязаны вести строгий подсчет инструментов и перевязочного материала, используемых во время операции, особенно в глубине раны (полости).

При полостных операциях мелкий марлевый материал (шарики, малые тампоны) убирают со стола, пользуются только большими тампонами или салфетками (по строгому подсчету); их закрепляют зажимами к белью, которым обкладывают операционное поле; марлевые шарики подают оперирующему на крепком зажиме в виде тупфера.

922. Перед зашиванием раны операционная сестра, ассистент и хирург обязаны проверить, все ли хирургические инструменты и марлевый материал удалены из нее.

923. Удаленные при операции органы и ткани немедленно погружают в 10% раствор формалина и затем направляют в патологоанатомическую лабораторию для гистологического исследования.

924. Оперирующий хирург вписывает (и подписывает) протокол операции в историю болезни и операционный журнал в день операции, указывая участников операций, вид обезболивания, время начала операции и продолжительность ее. После протокола описывает удаленные органы, опухоли, инородные тела. Туда же заносит данные гистологического исследования удаленных органов, опухолей.

Организация работы рентгеновского отделения госпиталя

925. Рентгеновское отделение является одним из диагностических отделений, а при наличии рентгенотерапевта и соответствующего оборудования — и лечебно-диагностическим отделением госпиталя.

926. Рентгеновское отделение не только обслуживает больных госпиталя, но и обеспечивает консультацию больных, направляемых из рентгеновских кабинетов гарнизонной поликлиники, воинских частей и учреждений.

927. При отсутствии в гарнизоне рентгеновских кабинетов рентгеновское отделение госпиталя обслуживает больных, направляемых из гарнизонной поликлиники, медицинских пунктов воинских частей и учреждений гарнизона и других частей, приписанных к госпиталю, а также проводит массовые профилактические рентгенологические обследования личного состава гарнизона.

928. Начальник рентгеновского отделения несет функции гарнизонного рентгенолога и контролирует работу рентгеновских кабинетов воинских частей, соединений и учреждений; он организует профилактическое массовое обследование личного состава частей, прикрепленного к данному рентгеновскому кабинету, просмотр флюорограмм и совместно с врачом-фтизиатром подвергает контрольному обследованию лиц, подозрительных на заболевание туберкулезом легких.

929. Начальник рентгеновского отделения:

— руководит работой отделения;

— распределяет и контролирует работу врачей-рентгенологов, рентгенотехников и санитаров;

— заботится о своевременном обеспечении отделения специальной аппаратурой, оборудованием и расходным имуществом (пленки, химикалии, контрастные вещества и пр.);

— отвечает за правильный монтаж и эксплуатацию аппаратуры, паспортизацию ее и своевременные периодические технические осмотры, капитальные и профилактические ремонты;

— обеспечивает соблюдение правил по электрической, радиационной и пожарной безопасности и своевременное проведение периодических измерений лечебных доз рентгеновского излучения (не реже одного раза в 2 месяца);

— организует рентгенологическое исследование нетранспортабельных больных на месте (в палатах, операционных, перевязочных и др.);

— организует повышение квалификации рентгенологов госпиталя и гарнизона, лично участвует в этой работе, а также в научной работе в области рентгенологии и в комплексной разработке научных проблем совместно с врачами других специальностей;

— внедряет в практическую деятельность отделения специальные методы исследования (томография, кимография, ангиография, бронхография и т. п.), добиваясь высокого качества рентгенологического исследования.

930. В крупных госпиталях за каждым лечебно-диагностическим отделением, имеющим рентгеновский кабинет, закрепляются врач-рентгенолог и рентгенотехник.

Врач-рентгенолог проводит свою работу под руководством начальника рентгеновского отделения в контакте с лечащими врачами и применяет обычные, а также специальные виды исследования (томо- и кимография, контрольное исследование кишечника, ангиография, бронхография и т. д.).

931. Врачи-рентгенологи участвуют в консилиумах, во время которых разбирают больных, подвергавшихся рентгенологическому исследованию, присутствуют при оперативных вмешательствах и при разборе секционных данных.

932. Для проведения в нерабочее время срочных рентгенологических исследований обеспечивается вызов рентгенолога и рентгенотехника. В рентгеновских отделениях, где это необходимо и допускается штатами, организуется круглосуточное дежурство рентгенолога и рентгенотехника.

933. Работа рентгеновского отделения планируется с учетом пятичасового рабочего дня для рентгенодиагностических отделений (кабинетов) и шестичасового — для рентгенотерапевтических.

Норма работы рентгеновского отделения за день на одного врача-рентгенолога и рентгенотехника: 5 исследований желудочно-кишечного тракта, 15 исследований органов грудной клетки, включая сложные (бронхография, томография, кимография и др.), до 10 исследований-снимков скелета или прочих органов.

При профилактических исследованиях органов грудной клетки в среднем в течение рабочего часа проводят 12—15 исследований, при флюорографии — 80—100 исследований.

Работники рентгеновского отделения должны быть снабжены средствами защиты от рентгеновского излучения (перчатки и фартуки из просвинцованной резины, защитные ширмы и пр.) и индивидуальными дозиметрами. Медицинское обследование лиц, работающих в рентгеновских кабинетах, должно осуществляться в соответствии с требованиями, изложенными в главе XV части первой настоящего Руководства.

934. Для соответствующих категорий персонала рентгеновского отделения установлен, кроме сокращенного рабочего дня, дополнительный отпуск и 15-процентная надбавка к должностному окладу.

935. Рентгеновское отделение на основании заявок, подаваемых отделениями госпиталя до начала работы, вызывает из отделений больных. В заявках за подписью старшей сестры представляется список больных, направляемых на рентгеноскопию, рентгенографию или на другой вид рентгенологического исследования.

Больных, исследуемых натощак и после очистительных клизм, вызывают в первую очередь; в срочных случаях больных исследуют вне очереди.

936. Подготовка и направление больных, нуждающихся в сложных исследованиях (пиэлография, бронхография, холецистография, энцефалография, ангиография, томография, томофлюорография и т. д.), проводятся по предварительной договоренности лечащего врача с врачом-рентгенологом.

937. Больных направляют в рентгеновское отделение в сопровождении медицинского работника или кого-либо из обслуживающего персонала отделений госпиталя, который передает их истории болезни. В истории болезни должна быть запись лечащего врача о направлении больного на рентгенологическое исследование (или лечение) с точным указанием области исследования (облучения).

938. Больным, поступившим в госпиталь, рентгенологическое исследование тех или иных органов проводят в тех случаях, когда эти исследования необходимы для диагностики заболевания. При этом следует стремиться использовать такие методы исследования, при которых доза рентгеновского излучения является наименьшей.

По выписке больных из госпиталя лечащий врач вносит данные рентгенологического исследования в медицинские книжки.

При рентгенологическом исследовании больных, как правило, присутствует лечащий врач, а при исследовании тяжело больных — начальник соответствующего отделения.

939. По окончании исследования больного рентгенолог вносит в историю болезни данные рентгенологического исследования (с указанием номера и даты), рентгенологическое заключение и подписывается (разборчиво).

940. В «Книге учета специальных диагностических исследований» (форма № 17) проставляют порядковый номер и дату, указывают лечебно-диагностическое отделение, номер истории болезни, фамилию и инициалы больного, его возраст, звание, предполагаемый клинический диагноз и краткое рентгенологическое заключение.

При исследовании амбулаторных больных в журнале записывают полное рентгенологическое заключение.

941. В рентгеновском отделении госпиталя амбулаторных больных принимают отдельно от стационарных в специально отведенное для этого время.

При направлении в рентгеновское отделение амбулаторных больных врач поликлиники, воинской части или учреждения в письменном виде (для военнослужащих — в медицинской книжке) сообщает краткие клинические и лабораторные данные, предполагаемый диагноз и цель исследования.

Данные о результатах рентгеноскопии (рентгенографии) с указанием номера и даты исследования заносят военнослужащим в медицинские книжки, прочим лицам — в специальные бланки. Записи подтверждают подписью (разборчиво) рентгенолога.

942. При исследовании желудочно-кишечного тракта применяют химически чистый сернокислый барий, обязательно в фабричной мелкой расфасовке (на пакете должны быть номер, серия и дата анализа).

943. Рентгеновские снимки делает рентгенотехник по указанию и под руководством рентгенолога, а в сложных

случаях сам рентгенолог. Заключения по снимкам должны быть даны не позже следующего дня; в срочных случаях — в день исследования.

Заключения по рентгенограммам заносят в историю болезни за подписью рентгенолога с указанием даты и номера исследования. Результаты рентгенологических исследований по рентгенограммам регистрируются в журнале.

Рентгенолог ставит в известность лечащего врача о всех дополнительных специальных рентгенологических исследованиях, необходимых для вынесения окончательного рентгенологического заключения.

944. Журналы протоколов рентгенологических исследований хранятся в архиве рентгеновского отделения (кабинета) госпиталя в хронологическом порядке в течение 5 лет.

945. Рентгенограммы хранят в архиве в групповых или индивидуальных пакетах, причем их регистрируют в хронологическом или алфавитном порядке. По истечении 5 лет рентгенограммы, не представляющие научной ценности, подлежат утилизации. Рентгенограммы, представляющие научный или учебный интерес, можно выделять в специальную коллекцию, сохраняя соответствующую номенклатуру; в журнале делается отметка об изъятии снимка, указывается его номер в коллекции и маркировка, обеспечивающая розыск.

Рентгенограммы больных, находящихся на излечении, выдают во временное пользование в соответствующее лечебно-диагностическое отделение. После выписки больного или в случае его смерти рентгенограммы должны быть возвращены в рентгеновское отделение.

При направлении на стационарное лечение амбулаторных больных, а также при переводе больных из одного госпиталя в другой для продолжения лечения одновременно с медицинской документацией обязательно пересылают все рентгеновские снимки этих больных.

В лечебно-диагностических отделениях рентгенограммы должны храниться в железных ящиках с соблюдением противопожарных мероприятий.

Для демонстрации на конференциях, для научных работ и т. п. рентгенограммы могут быть выданы из архива в виде оригиналов, отпечатков или диапозитивов во временное пользование (под расписку).

Архивы рентгеновских пленок хранят в специально оборудованных помещениях или в железных шкафах (ящиках) с соблюдением правил пожарной безопасности.

В рентгеновском отделении допускается хранить ограниченное количество рентгенограмм в железном шкафу (ящике) и по возможности в изолированном помещении.

946. Рентгеновскую пленку разрешается выписывать из аптеки госпиталя в количестве, необходимом для текущей работы на несколько дней.

Аптечный запас пленки должен храниться в специальном помещении аптеки или вместе с пленочным архивом рентгеновского отделения с соблюдением правил хранения фотоматериалов (сухое, прохладное и темное помещение) и пожарной безопасности.

947. Общие показания к рентгенотерапии устанавливает рентгенолог (рентгенотерапевт) совместно с лечащим врачом. Сеансы рентгенотерапии проводят рентгенотехники под наблюдением рентгенолога (в его присутствии); ответственность за правильность лечения несет врач-рентгенолог.

948. В окружных (крупных) госпиталях рентгенотерапии подвергают всех нуждающихся в ней больных: с опухолями, с заболеваниями крови и кроветворных органов, центральной нервной системы, эндокринной системы, с гинекологическими заболеваниями и пр.

В небольших госпиталях, имеющих в штате рентгенолога, подготовленного для рентгенотерапии, могут лечиться некоторые категории больных с кожными и воспалительными заболеваниями. Для этого используют стационарные рентгенодиагностические аппараты, дающие возможность отпустить больным терапевтические дозы.

949. Перечень заболеваний, при которых показана рентгенотерапия в различных госпиталях, уточняет окружной рентгенолог в зависимости от состояния аппаратуры, квалификации врачей и других условий.

950. Проводить в рентгеновских кабинетах одновременно рентгенотерапевтический и рентгенодиагностический приемы не допускается.

951. Работа рентгенотерапевтического кабинета должна проводиться в строгом соответствии с инструкциями Главного военно-медицинского управления Министерства обороны СССР и Министерства здравоохранения СССР о лечении больных с злокачественными опухолями и другими заболеваниями, при которых показана рентгенотерапия.

952. На больных, пользующихся лучевой терапией, ведется специальный журнал (Книга учета специальных диагностических исследований, форма № 17). Помимо обычных

данных о больном с указанием номера его истории болезни, рентгенолог (радиолог) отмечает в журнале: дату сеанса, облучаемую область, тип рентгеновского аппарата (радиоактивного препарата), напряжение и силу тока, фокусное расстояние, фильтр, размеры облучаемого поля, количество полей и дозу в рентгеновских (радий) единицах на каждое поле за сеанс.

Намеченный план лучевой терапии, а в процессе лечения — технические условия и дозу в рентгенах записывают в истории болезни, а для амбулаторных больных — в медицинские книжки (военнослужащие) или амбулаторные карточки (прочие лица).

Динамику течения заболевания при лучевой терапии и заключение о результатах лечения лечащий врач и рентгенолог (радиолог) отражают в истории болезни или в медицинской книжке (процедурной карточке). При переводе больного в другое лечебное учреждение в выписке из истории болезни следует подробно указать дозы, технические условия и сроки проведения лучевой терапии.

953. В целях расширения лучевой терапии, главным образом для лечения больных с злокачественными опухолями, в окружных (крупных) госпиталях допускается применять, при соблюдении соответствующих условий (подготовленные специалисты, специальное помещение, меры защиты), радиоактивные изотопы.

Все работы с препаратами радия или радиоактивными изотопами должны проводиться в специально отведенных помещениях, оборудованных необходимыми защитными приспособлениями и приточно-вытяжной вентиляцией. При этом необходимо предусмотреть наличие следующих помещений:

— хранилища радия и радиоактивных изотопов, оборудованного такими защитными приспособлениями, которые обеспечили бы отсутствие ионизирующего излучения в соседних помещениях и окружающей территории; техническое оснащение хранилища должно позволить персоналу осуществлять все необходимые работы, не превышая допустимых норм облучения, и исключить возможность попадания изотопов в организм; приточно-вытяжная вентиляция должна включаться извне еще до начала работ в хранилище;

— радиоманипуляционной с защитным радиоманипуляционным столом и набором дистанционных инструмен-

тов; приточно-вытяжная вентиляция должна включаться извне;

— лаборатории открытых радиоактивных изотопов с двумя вытяжными шкафами, боксом и душем; вытяжной шкаф для работы с высокоактивными изотопами и бокс должны быть оборудованы соответствующими защитными устройствами и дистанционным инструментарием;

— операционной для производства радиохирургических вмешательств;

— перевязочной для обработки больных, получающих радиоактивные препараты внутрь или внутривенно, а также при внутритканевой и внутриполостной радиевой терапии.

Работы с запаянными радиоактивными препаратами должны производиться в радиоманипуляционной, работы с жидкими радиоактивными препаратами — в лаборатории открытых радиоактивных изотопов. Совмещение этих работ в одном помещении не допускается.

Не допускается применение жидких радиоактивных изотопов в общих (хирургических) операционной и перевязочной.

Больные с наложенными (заложенными в полости, в рану, внедренными в ткани) препаратами радия или радиоактивных изотопов, а также с целью лечения получающие их внутрь или внутривенно не должны размещаться в общих палатах с другими больными. Вышеперечисленные больные на весь период лечения должны переводиться в специальные радиологические палаты, обслуживаемые специальным персоналом (врач-радиолог, медицинская сестра, санитарка). Для радиологических больных желательно отводить одно- и двухместные палаты.

Отделение лучевой терапии (радиологические палаты) с хранилищем радиоактивных изотопов и источников ионизирующих излучений, радиоманипуляционную и другие специальные помещения целесообразно размещать в отдельных зданиях или в изолированных частях общих зданий с отдельным ходом. Больные радиологических палат на весь период лечения не должны иметь контакта с прочими больными и персоналом других отделений.

Во время работы в лаборатории открытых радиоактивных изотопов весь персонал должен пользоваться специальной одеждой (халатами, хлорвиниловыми фартуками и нарукавниками, резиновыми перчатками, галошами), хра-

нящейся в индивидуальных шкафчиках и ежедневно подвергающейся дозиметрическому контролю.

Специальную одежду персонала лаборатории, полотенца, простыни, белье и пр., загрязненные радиоактивными изотопами выше предельно допустимого уровня, необходимо собирать в специальные металлические емкости и направлять для дезактивации в специальные прачечные.

Специальную одежду и белье, загрязненные изотопами с небольшим периодом полураспада, можно выдерживать до естественного спада активности и сдавать для стирки в общую прачечную.

Без соблюдения этих условий стирка загрязненной специальной одежды и белья в общих прачечных категорически запрещается.

Персонал лаборатории, в которой используются открытые радиоактивные изотопы, после работы обязан пройти санитарную обработку под душем; после этого он подвергается дозиметрическому контролю на остаточную радиоактивную загрязненность.

Начальник отделения лучевой терапии (врач-радиолог) обязан организовать всю работу отделения таким образом, чтобы исключить возможность загрязнения помещений отделения и смежных помещений.

Он также обязан осуществлять повседневный дозиметрический контроль не только всех специальных помещений и палат, но также и примыкающих помещений, прилегающей территории и принимать немедленные меры по дезактивации их в случае загрязнения.

Жидкие радиоактивные отходы, содержащие изотопы с периодом полураспада до 15 суток, необходимо собирать в металлические емкости и выдерживать их в течение времени, равного 10 периодам полураспада. После этого их можно удалять в общую канализацию.

Перед сливом в канализацию измеряется удельная радиоактивность отходов и составляется акт.

Твердые радиоактивные отходы, содержащие радиоактивные изотопы с периодом полураспада до 15 суток, выдерживают такой же срок, после чего удаляют с обычным мусором.

При наличии отходов, загрязненных радиоактивными веществами с периодом полураспада более 15 суток, их необходимо собирать и удалять в специальные «могильники», организуемые в соответствии с требованиями «Санитарных

правил перевозки, хранения, учета и работы с радиоактивными веществами», 1957 г., № 233—57, утвержденных Главным государственным санитарным инспектором СССР.

Организация работы лабораторного отделения госпиталя [1]

954. В лечебно-диагностических отделениях госпиталя следует создавать лаборатории для проведения срочных простых анализов, анализов в процессе динамического наблюдения за больными, анализов по ходу научно-исследовательской работы.

В лабораториях лечебно-диагностических отделений анализы делают лечащие врачи и подготовленные средние медицинские работники.

Основную массу лабораторных исследований и наиболее сложные из них проводят в лабораторном отделении госпиталя.

955. Начальник лабораторного отделения госпиталя, наряду с личным участием в практической работе, обязан:

— руководить работой лабораторного отделения госпиталя, всех лабораторий лечебно-диагностических отделений, а также других лабораторий гарнизона;

— обучать врачей и средний медицинский персонал технике проведения лабораторных анализов и повышать квалификацию подчиненного личного состава лабораторного отделения;

— осваивать и внедрять в практику лабораторий новейшие методы исследования;

— участвовать в военно-научной работе госпиталя, вести научную работу по самостоятельной теме или совместно с врачами других специальностей и руководить военно-научной работой врачей-лаборантов;

— организовать среди подчиненного личного состава работу по рационализации и изобретательству;

— следить за своевременным снабжением всех лабораторий госпиталя имуществом и реактивами.

956. За каждый анализ, выполненный в лаборатории, несут ответственность его исполнитель и начальник лаборатории.

957. В лабораторном отделении госпиталя проводят общеклинические, биохимические, бактериологические, серологические и простые гигиенические исследования (опреде-

---

[1] Требования к размещению и оборудованию лаборатории см. в главе II части второй настоящего Руководства.

ление витамина С в овощах и готовой пище). При определении объема работы лабораторий необходимо исходить из следующих положений:

— все виды общеклинических исследований по общепринятым методикам проводятся в лабораторных отделениях всех госпиталей, лабораториях поликлиник, имеющих в штате одного врача-лаборанта, независимо от коечной емкости или пропускной способности;

— в госпиталях до 200 коек и лабораториях с одним врачом-лаборантом в штате, как минимум, проводятся биохимические исследования крови на сахар, билирубин, остаточный азот, протромбин, общий белок, диастазу мочи;

— в госпиталях на 300 коек и в лабораториях с двумя врачами-лаборантами в штате указанный перечень исследований дополняется функциональными пробами печени, исследованием общего белка крови и его фракций, холестерина, хлоридов мочи и крови;

— в госпиталях на 400 коек и более и лабораториях с 3—4 врачами-лаборантами и более биохимические исследования выполняются в полном современном объеме при условии выделения одного врача-биохимика и среднего лаборанта из имеющегося штата.

958. Во всех госпиталях необходимо проводить, как минимум, бактериологические исследования материала, взятого с раневой поверхности, смывов с рук хирургов, операционного и перевязочного материала, воздуха операционных, отделяемого из зева на дифтерию, а также определять чувствительность микроорганизмов, выделенных из патологического материала от больного, к антибиотикам.

Для каждого из госпиталей, имеющих инфекционные отделения, объем бактериологических исследований устанавливают главный терапевт и эпидемиолог округа с указанием перечня исследований.

959. При отсутствии лаборатории в гарнизонной поликлинике и воинских частях (учреждениях) гарнизона все виды лабораторных исследований обеспечивает для них лабораторное отделение госпиталя.

960. У больных, находящихся на излечении в госпитале, материал для лабораторного и бактериологического исследования (кровь из вены, желудочное и дуоденальное содержимое, моча, кал и др.) берут в лечебно-диагностическом отделении.

Посуду с материалом для исследования снабжают этикеткой, на которой указывают: номер отделения, номер па-

латы, дату взятия материала, фамилию, имя и отчество больного, что именно направляется для анализа и какой анализ необходим.

961. Весь материал, предназначенный для исследования, вместе с препроводительным списком в установленное время сдают в регистратуру лаборатории под расписку лица, его принявшего.

При направлении материала на срочный анализ в препроводительном списке и на этикетке должно быть отмечено «срочно», указан предполагаемый диагноз и поставлена подпись начальника лечебно-диагностического отделения.

962. От больных, поступивших в приемное отделение, лабораторное отделение принимает и выполняет анализы вне очереди. В нерабочее время срочные анализы (РОЭ, подсчет лейкоцитов крови, исследование осадка мочи) производят в приемном отделении, где для этого создают необходимые условия. В госпиталях устанавливают дежурство лаборантов, если позволяет их число.

963. В лаборатории материал для анализов принимает специально выделенный лаборант (регистратор). Он должен:

— проверить, весь ли материал, перечисленный в препроводительном списке, доставлен в лабораторию; соответствуют ли этикетки на посуде содержимому;

— доложить начальнику лаборатории о всех обнаруженных недочетах;

— записать весь принятый материал в лабораторный журнал;

— зарегистрировать в лабораторном журнале результаты исследования, занесенные в специальные бланки; проверить, все ли исследования выполнены;

— выдать под расписку в лечебно-диагностические отделения заполненные и подписанные бланки исследований.

964. По окончании работы лабораторную посуду, в которой был доставлен материал для анализа, а также посуду, в которой он обрабатывался для исследования, тщательно моют и дезинфицируют; только после этого ее возвращают в лечебно-диагностическое отделение для взятия нового материала.

965. Госпиталям, в которых выполнить специальные виды анализов невозможно, разрешается пользоваться гражданскими лабораториями по согласованию начальника госпиталя с органами здравоохранения.

Организация физиотерапии и лечебной физкультуры в госпитале

966. Физиотерапия и лечебная физкультура, проводимые в комплексе с другими методами лечения, являются эффективными средствами восстановления здоровья и трудоспособности больных.

967. Физиотерапию и лечебную физкультуру лечащие врачи должны назначать в соответствии с показаниями возможно раньше. Для этого нужен постоянный и тесный контакт их с соответствующими специалистами.

968. При назначении физиотерапии и лечебной физкультуры необходимо строго учитывать общее состояние больного, особенности его заболевания и в дальнейшем — реакцию организма на проводимое лечение.

Организация физиотерапии

В обязанности начальника физиотерапевтического отделения входят:

— организация физиотерапевтической помощи в госпитале;

— консультация с лечащими врачами;

— контроль за состоянием и правильным использованием аппаратуры в физиотерапевтическом и лечебно-диагностических отделениях госпиталя;

— инструктаж и повышение квалификации медицинского персонала, непосредственно отпускающего физиотерапевтические процедуры, а также контроль за его работой.

969. Каждый лечащий врач в пределах своей специальности должен быть знаком с принципами физиотерапии, с показаниями и противопоказаниями к применению того или иного метода ее.

970. Для обеспечения лежачих больных соответствующими процедурами каждое лечебно-диагностическое отделение госпиталя должно иметь основную физиотерапевтическую аппаратуру; в физиотерапевтическом отделении, кроме того, должна быть переносная аппаратура.

971. При отсутствии в штате лечебного учреждения физиотерапевта его функции выполняет невропатолог.

972. Физические методы лечения назначает больным лечащий врач. Его назначения контролирует и при необходимости корректирует физиотерапевт; по консультации с лечащим врачом он может изменить назначение. Физиотерапевт должен держать тесную связь с лечебно-диагностическими

отделениями, участвовать во врачебных обходах, периодически информировать лечащих врачей, в том числе на специальных конференциях, о новых методах лечения и о новой физиотерапевтической аппаратуре.

973. Физиотерапевтические процедуры отпускают медицинские сестры, имеющие специальную подготовку, под наблюдением и контролем физиотерапевта и в соответствии с назначением врача, записанным в процедурных карточках. Во время процедуры необходимо тщательно наблюдать за состоянием больного.

974. Физиотерапевт отмечает в процедурной карточке реакцию организма на воздействие физических методов лечения и эффективность последнего. Эти же данные лечащий врач заносит в историю болезни.

Процедурные карточки хранятся в физиотерапевтическом отделении (кабинете) и после окончания лечения приобщаются к истории болезни.

975. При физиотерапии должна соблюдаться преемственность и последовательность в применении других видов комплексного лечения.

976. При пользовании физиотерапевтической аппаратурой необходимо строго выполнять правила техники безопасности.

Практический инструктаж медицинского персонала в отношении этих правил, а также постоянный контроль за соблюдением их возлагаются на физиотерапевта.

977. Перед началом лечения до каждого больного должны быть доведены правила поведения во время физиотерапевтических процедур.

978. Медицинский персонал физиотерапевтического отделения, непосредственно отпускающий процедуры, каждый раз перед началом работы должен тщательно осматривать всю аппаратуру.

979. Специалист-техник по физиотерапевтическим аппаратам постоянно проверяет техническое состояние аппаратуры и о результатах проверки каждого аппарата, принятых мерах, проведенном ремонте отмечает в паспорте аппарата.

980. Особенно тщательно надо следить за состоянием электропроводки и аппаратов высокой частоты (для диатермии, д'арсонвализации, УВЧтерапии и пр.), а также гальванических аппаратов.

Аппараты УВЧ мощностью свыше 200 ватт должны быть в отдельной комнате. Их обслуживает отдельный персонал. Работа медицинского персонала на аппаратах УВЧ мощ-

ностью свыше 200 ватт регламентируется специальным Постановлением СНК СССР № 1595 от 12 июня 1941 г.

981. Наравне с физиотерапией с использованием аппаратов при соответствующих показаниях широко применяются другие физические методы лечения (использование парафина, озокерита, воды, солнца, лечебных грязей, торфа, глины и т. п.).

Организация лечебной физкультуры

982. Мероприятия по физической культуре, направленные на восстановление здоровья и трудоспособности больных, осуществляются отделением (кабинетом) лечебной физкультуры [1].

983. Общее руководство работой по лечебной физкультуре в госпитале возлагается на начальника отделения лечебной физкультуры или на врача-специалиста по лечебной физкультуре. В лечебных учреждениях, не имеющих в своем штате врача-специалиста по лечебной физкультуре, этой работой руководит один из врачей, получивший соответствующую подготовку.

984. Проводят мероприятия и выполняют назначения методисты лечебной физкультуры, а в учреждениях, где их в штате нет,— медицинские сестры, прошедшие специальную подготовку.

985. Лечебную физкультуру назначают строго индивидуально, учитывая общее состояние больного, определяемое особенностями клинического течения болезни, ее тяжестью и стадией болезненного процесса, а также особенностями, обусловленными полом и возрастом больного и степенью его физической подготовленности.

986. Все мероприятия по лечебной физкультуре назначают лечащие врачи. Они записывают их в истории болезни, указывают цель применения лечебной физкультуры, характер упражнений, их дозировку и периодически отмечают полученные результаты. В необходимых случаях лечащий врач консультируется с врачом-специалистом по лечебной физкультуре.

987. Медицинские сестры ведут учет назначений лечебной физкультуры и их выполнения наравне со всеми другими назначениями лечащих врачей.

---

[1] Требования к размещению и оборудованию отделения см. в главе II части второй настоящего Руководства.

988. Методист по лечебной физкультуре отмечает выполнение процедур лечебной физкультуры в процедурных карточках, заполняемых врачом-специалистом на каждого больного на основании данных истории болезни и осмотра. Эти карточки служат основной формой учета работы отделения лечебной физкультуры.

989. Основным методом учета эффективности лечебной физкультуры является клиническое изучение состояния больных. В необходимых случаях проводят антропометрические измерения (например, измерение веса — при лечении ожирения; спирометрия — у выздоравливающих после пневмонии и т. д.). Для оценки функции опорно-двигательного аппарата и динамического учета ее изменений измеряют амплитуду движений в суставах при помощи угломера, периметры различных сегментов конечностей, мышечную силу и т. д. Для изучения степени адаптации организма к физической нагрузке, кроме обычных клинических методов, применяют различные функциональные пробы.

990. В госпитале в общем комплексе средств функциональной терапии осуществляют следующие формы лечебной физкультуры: гигиеническая гимнастика; лечебная гимнастика; дозированная ходьба; тренировочные занятия выздоравливающих (типа уроков общей физической подготовки); массовые физкультурные мероприятия (игры, элементы спорта) и физкультурные развлечения.

При всех формах лечебной физкультуры должно осуществляться закаливание (использование с оздоровительными целями естественных природных факторов — солнца, воздуха и воды).

991. Гигиеническая гимнастика применяется в виде утренних физических упражнений, а в случае необходимости и в виде повторных занятий в другое время дня. Утренняя гигиеническая гимнастика обычно проводится в форме групповых занятий с однородными по заболеванию больными (в группе должно быть не более 15—20 человек) сразу после их подъема и измерения у них температуры тела (до завтрака). С лежачими больными занимаются в палатах, после того как последние будут проветрены. Ходячие больные при благоприятных метеорологических условиях занимаются на открытом воздухе, если это невозможно — в коридорах или помещениях с достаточной кубатурой; перед занятиями помещения должны быть проветрены.

992. В комплекс гигиенической гимнастики входит небольшое число (5—10) упражнений для основных мышечных

групп конечностей и туловища, дыхательные упражнения и (для ходячих) ходьба, бег, подскоки или приседания. Продолжительность занятий — не более 10—15 минут. Утренняя гигиеническая гимнастика не должна вызывать у больных чувства усталости.

993. Занятия гигиенической гимнастикой проводят методисты по лечебной физкультуре или медицинские сестры. Как исключение, руководить занятиями могут больные, имеющие достаточную подготовку (офицеры, спортсмены), предварительно проинструктированные врачом-специалистом или методистом по лечебной физкультуре.

994. Лечебная гимнастика является основной формой лечебной физкультуры. Она осуществляется в виде:

— индивидуальных процедур, выполняемых под руководством методиста по лечебной физкультуре (или хорошо подготовленной медицинской сестры) в палатах или в кабинете лечебной физкультуры;

— групповых занятий, проводимых методистами в кабинете лечебной физкультуры или на открытом воздухе; в каждую группу входит не более 10—12 однородных по заболеванию больных;

— самостоятельного выполнения больными индивидуальных заданий, состоящих из несложных физических упражнений.

995. Больные не допускаются к руководству занятиями по лечебной гимнастике.

996. В хирургических отделениях лечебная гимнастика является обязательной составной частью функционального лечения переломов костей и других травм. После полостных операций лечебная гимнастика (главным образом в виде дыхательных упражнений) назначается для предупреждения послеоперационных осложнений.

997. В терапевтических отделениях лечебная гимнастика применяется при многих заболеваниях как средство общеукрепляющей неспецифической терапии в тех случаях, когда необходимо перейти от режима покоя и щажения к постепенной тренировке и восстановлению нормальной работоспособности организма. В отдельных случаях стоят и более конкретные задачи (например, борьба против образования плевральных спаек после перенесенного плеврита, укрепление мышц брюшной стенки при энтероптозе и т. д.).

998. Выздоравливающим после инфекционных заболеваний занятия лечебной гимнастикой назначают сначала в виде элементарных двигательных и дыхательных упражнений

в палате в положении лежа; по мере укрепления сил выздоравливающих им назначают упражнения в положении сидя, а затем стоя и в движении и включают прогулки на свежем воздухе.

999. При заболеваниях и повреждениях центральной и периферической нервной системы лечебная гимнастика применяется как средство повышения нервно-мышечного тонуса и общего тонуса организма, как способ тренировки остаточных функций и выработки заместительных механизмов движений. При этом надо прежде всего выявить и развить активные движения и лишь при отсутствии или резкой слабости их использовать пассивные движения.

1000. При функциональных расстройствах нервной системы (неврозы) различные формы лечебной физкультуры (гигиеническая и лечебная гимнастика в виде групповых занятий, игры, некоторые виды спорта, закаливание) назначают как средство, способствующее уравновешиванию процессов возбуждения и торможения, нормализации функций коры головного мозга.

1001. Лечебная гимнастика наряду с другими формами лечебной физкультуры применяется и в ряде специальных отделений (стоматологическом, глазном, оториноларингологическом, урологическом и др.). Ее назначают в качестве специальной функциональной терапии (например, для предупреждения контрактур нижней челюсти при ее переломах, для тренировки равновесия при вестибулопатиях и т. п.) и как общеукрепляющее средство.

1002. Дозированную ходьбу назначают для функциональной тренировки опорно-двигательного аппарата и для повышения общей физической выносливости выздоравливающих после различных заболеваний. Для этого на территории госпиталя прокладывают маршруты различной длины с указателями расстояний и скамейками для отдыха.

1003. Тренировочные занятия выздоравливающих строятся по типу уроков общей физической подготовки (гимнастические упражнения, игры, элементы спорта и строевой подготовки). Их назначают выздоравливающим молодым военнослужащим (главным образом рядового и сержантского состава) для того, чтобы переход от госпитального режима к насыщенному физической нагрузкой распорядку дня воинской части был для них менее резок.

1004. Массовые физкультурные мероприятия проводят (с учетом медицинских показаний) среди больных госпиталя для того, чтобы сделать активным и содержательным их до-

суг. К основным видам этих мероприятий относятся подвижные и некоторые спортивные игры, физкультурные развлечения и аттракционы.

Организация работы аптеки и порядок отпуска, получения, хранения, учета и применения лекарственных средств

1005. Устройство и организация работы аптеки, порядок отпуска, получения, хранения, учета и применения лекарственных средств, в том числе ядовитых и сильнодействующих, в военно-лечебных учреждениях Советской Армии и Военно-Морского Флота изложены в главах III, XX и XXI Руководства по хранению медико-санитарного имущества в складах и воинских частях Советской Армии и Военно-Морских Сил, изд. 1954 г.

ГЛАВА VII

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОСПИТАЛЯ [1]

1006. Поликлиническое отделение госпиталя является лечебно-диагностическим учреждением, предназначенным оказывать квалифицированную и специализированную медицинскую помощь амбулаторным больным. Оно имеет большое значение в системе лечебно-профилактического обслуживания Советской Армии и Военно-Морского Флота, способствует своевременному выявлению начальных форм заболеваний у военнослужащих и проведению активных оздоровительных и лечебных мероприятий.

1007. Поликлиническое отделение госпиталя обеспечивает единство и преемственность наблюдения и лечения амбулаторных и стационарных больных.

1008. К задачам поликлинического отделения относятся:

— консультативный прием больных из частей гарнизона и проведение диагностических исследований (лабораторных, рентгенологических и др.);

Примечания: 1. Для своевременного выявления больных со злокачественными новообразованиями при поликлинике организуется диагностический (онкологический) пункт.

2. В поликлинических отделениях госпиталей, имеющих туберкулезные кабинеты, организуются консультативные приемы фтизиатров.

---

[1] Штатная гарнизонная поликлиника организует свою работу аналогично поликлиническому отделению госпиталя.

В изолированных и специально подготовленных помещениях поликлинического или туберкулезного отделения госпиталя производят повторные поддувания при искусственном пневмотораксе лицам, нуждающимся в них.

— амбулаторное лечение военнослужащих, не имеющих возможности получить необходимое лечение в части;

— направление в госпиталь нуждающихся в стационарном лечении или обследовании (за исключением больных, требующих неотложной помощи);

— оказание неотложной помощи всем обращающимся; медицинской помощи военнослужащим, находящимся в данном гарнизоне в командировке или отпуске; медицинской помощи на дому офицерам, генералам и адмиралам, проходящим службу в Советской Армии и Военно-Морском Флоте, а также уволенным в отставку по приказу НКО № 100, 1944 г.;

— консультация войсковых врачей (фельдшеров) по лечебно-диагностическим вопросам.

Примечание. На гарнизонные поликлиники, кроме того, возлагается руководство организацией амбулаторной и поликлинической помощи в частях и оказание практической помощи медицинскому составу частей гарнизона в проведении медицинских обследований военнослужащих. Работа гарнизонной поликлиники в помощь войсковой медицинской службе координируется с аналогичной работой военного госпиталя медицинским отделом округа и гарнизонным врачом.

1009. В поликлиническом отделении организуется прием больных по всем основным специальностям, проводятся лабораторные и рентгенологические исследования, а также физиотерапевтические процедуры.

1010. За организацию приема и за качество диагностической и лечебной работы по специальности ответственность несет начальник соответствующего лечебно-диагностического отделения госпиталя. Он лично в установленные дни систематически консультирует амбулаторных больных.

1011. Прием больных в поликлинике производится в дни и часы по расписанию, утвержденному начальником гарнизона.

1012. Принимать одновременно двух больных или более в одном врачебном кабинете, процедурной или перевязочной (кроме зубоврачебных и физиотерапевтических кабинетов) не разрешается.

1013. Прием больных офицеров должен проводиться раздельно от приема рядового и сержантского состава в часы, предусмотренные расписанием работы. В случае невозможности раздельного приема офицеров принимают вне очереди.

1014. Подготовка помещения для регистрации больных, а также подготовка врачебных кабинетов должна быть закончена за полчаса до начала работы.

1015. Регистратура поликлиники начинает работать за полчаса до начала врачебного приема. Медицинские книжки и амбулаторные карточки из регистратуры в кабинеты врачей передает персонал поликлиники. Выдавать медицинские книжки и амбулаторные карточки на руки больным категорически запрещается.

Регистратура выдает больным очередные талоны на прием к врачам.

1016. Больным, прибывшим из отдаленных гарнизонов, все необходимые простейшие исследования должны быть произведены в течение первого же дня. При необходимости для этой цели используют диагностические кабинеты госпиталя.

1017. Для лиц офицерского состава допускается предварительная запись на прием к врачу по телефону.

1018. Консультация первичных больных рядового и сержантского состава воинских частей местного гарнизона должна проводиться по возможности в присутствии врача этих частей.

1019. Во избежание очередей запись на повторное посещение производит сам лечащий врач при приеме и извещает об этом регистратуру для выдачи очередного талона.

1020. Военнослужащих госпитализируют по распоряжению начальника поликлинического отделения. Транспортировку больных военнослужащих из поликлинического отделения в госпиталь организует и осуществляет начальник поликлинического отделения.

1021. Наблюдение за чистотой и порядком в ожидальной, врачебных кабинетах и регистратуре возлагается на старшую медицинскую сестру отделения.

ГЛАВА VIII

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

1022. На стоматологическую поликлинику возлагается:

— оказание квалифицированной поликлинической стоматологической помощи (терапевтической, хирургической и ортопедической) личному составу частей и учреждений Со-

ветской Армии и Военно-Морского Флота, офицерам, генералам и адмиралам, уволенным по приказу НКО № 100, 1944 г., после выслуги 25 лет и более; при наличии дополнительного штата за счет сумм платного зубопротезирования стоматологические поликлиники могут обеспечивать зубопротезной помощью членов семей военнослужащих, рабочих и служащих Советской Армии и Военно-Морского Флота;

— оказание консультативной помощи зубным врачам и стоматологам воинских частей и учреждений округа;

— обеспечение зубоврачебной и зубопротезной помощью военнослужащих отдаленных гарнизонов путем выездов в эти гарнизоны;

— организация и проведение военно-научной, рационализаторской и изобретательской работы в области стоматологии в частях и учреждениях округа;

— повышение квалификации зубных врачей и стоматологов, зубных техников воинских частей и учреждений округа (учебные сборы, курсы усовершенствования).

1023. В составе стоматологической поликлиники имеется стоматологическое отделение и зубопротезное отделение с зубопротезной лабораторией.

Примечание. Стоматологические поликлиники, не имеющие рентгеновского и физиотерапевтического кабинетов, направляют больных для соответствующего обслуживания в военный госпиталь по указанию начальника военно-медицинского отдела округа.

1024. Первичных больных принимают в стоматологической поликлинике по направлению врачей воинских частей. В неотложных случаях оказывается помощь больным, не имеющим направления. Повторные посещения больных производятся по назначению врача стоматологической поликлиники.

Зубные врачи и стоматологи воинских частей направляют больных в стоматологическую поликлинику на консультацию только после предварительного обследования их на месте. Результат обследования заносят в медицинские книжки больных. Дни и часы консультации должны быть предусмотрены планом работы стоматологической поликлиники.

1025. Больных, нуждающихся в стационарном лечении, направляют в стоматологическое отделение госпиталя после того, как их осмотрит начальник стоматологического отделения поликлиники. Данные осмотра подробно записывают в медицинские книжки больных. Необходимость в сопровож-

дающем и транспорте в каждом отдельном случае определяет начальник стоматологического отделения.

1026. Первичным посещением при заболеваниях зубов и полости рта считается первое обращение больного за помощью, а также обращение с новым заболеванием, не имевшимся или невыявленным ранее. Повторными считаются все посещения, следующие за первичным, до окончания полной санации, независимо от количества пораженных зубов и других заболеваний полости рта.

1027. Данные первичного осмотра и результаты лечения заносят в медицинскую книжку военнослужащего, амбулаторную карточку.

1028. Стоматологическое и зубопротезное отделения в лечебно-диагностических целях широко пользуются клинико-лабораторными и рентгеновскими исследованиями. При показаниях для уточнения диагностики привлекают консультантов-врачей других специальностей.

1029. Все врачебные вмешательства (как хирургические, так и терапевтические) должны выполняться безболезненно, с применением обезболивающих средств.

1030. Для выполнения хирургических вмешательств выделяют отдельные кабинеты, имеющие хорошее естественное освещение; при кабинетах должна быть комната для ожидающих приема и для нуждающихся в наблюдении после проведенного хирургического вмешательства.

Примечание. При необходимости прибегать к искусственному свету рекомендуется пользоваться матовыми электрическими лампами, лобными рефлекторами.

1031. Нагрузка врачей и зубных техников отделения исчисляется согласно Руководству по оказанию стоматологической помощи в Советской Армии и Военно-Морском Флоте и приказу Министра обороны Союза ССР.

1032. Зубопротезирование военнослужащих производится в стоматологической поликлинике по медицинским показаниям (см. главу IV части первой настоящего Руководства).

1033. Направлять в стоматологическую поликлинику нуждающихся в зубопротезировании разрешается только после того, как у них будет полностью подготовлена полость рта.

1034. Вид протеза (съемный и несъемный) определяет в каждом отдельном случае врач-протезист.

1035. Протезированием военнослужащие обеспечиваются бесплатно и за плату. Право на бесплатное протезирование

определяет начальник стоматологической поликлиники согласно положениям о бесплатном зубопротезировании, изложенным в главе IV части первой настоящего Руководства.

1036. Платное зубопротезирование производится по расценкам, объявленным в приказе Министра обороны Союза ССР № 106 от 24 июня 1955 г.

1037. При изготовлении металлических зубных протезов, предназначенных для одного больного, запрещается применять разнородные металлы.

1038. Для обслуживания зубопротезной помощью военнослужащих отдаленных гарнизонов планом поликлиники предусматриваются систематические выезды бригад в составе врачей-протезистов и зубных техников (в зависимости от числа нуждающихся в протезировании).

Примечание. При отсутствии в гарнизоне штатного зубного врача для подготовки полости рта к протезированию предварительно командируют врача стоматологического отделения.

1039. Материальное обеспечение стоматологической поликлиники возлагается приказом начальника военно-медицинского отдела округа на окружной госпиталь или другое медицинское учреждение.

ГЛАВА IX

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОСПИТАЛЕ

1040. Неотложную медицинскую помощь по жизненным показаниям оказывают доставленным в госпиталь больным и пострадавшим непосредственно в приемном отделении, в остальных случаях — в лечебно-диагностических отделениях.

1041. Для обеспечения готовности госпиталя к оказанию неотложной медицинской помощи, помимо суточного дежурства врачей и среднего медицинского персонала, устанавливают:

— дежурство хирурга в госпитале (при наличии в штате не менее пяти хирургов);

— дежурство хирурга на дому (при наличии в штате госпиталя от двух до четырех хирургов).

Очередность дежурства на дому устанавливается приказом по госпиталю. В приказе определяется порядок вызова хирурга с квартиры дежурным по госпиталю врачом. Врач,

дежурящий на дому, не имеет права отлучаться, не получив на это предварительного разрешения начальника госпиталя. В госпитале, где по штату имеется только один хирург, последний обязан, отлучаясь из дому, оставлять адрес, по которому его при необходимости можно было бы вызвать.

1042. В случае невозможности силами госпиталя оказать больному неотложную помощь обращаются к содействию врачей гражданских лечебных учреждений.

1043. График дежурств медицинских сестер по госпиталю составляется с таким расчетом, чтобы в числе их всегда была одна операционная сестра или сестра, обладающая опытом обслуживания операционной и перевязочной во время оказания неотложной хирургической помощи.

1044. Для обеспечения срочного вызова в госпиталь необходимого персонала в приемном отделении хранятся фамилии, адреса и номера телефонов врачей, сестер и начальника аптеки госпиталя.

Госпитали, в которых не могут быть оказаны больным и пострадавшим все виды квалифицированной неотложной помощи, должны иметь адреса и телефоны гражданских больниц и пунктов скорой помощи, адреса и телефоны гражданских врачей и военных хирургов местного гарнизона и должны предусмотреть доставку этих врачей в госпиталь.

1045. Получив извещение о том, что в госпиталь направлены больные, нуждающиеся в неотложной помощи, дежурный по госпиталю врач немедленно подготавливает все необходимое для оказания помощи и вызывает медицинский персонал.

1046. В приемном отделении должны быть:

— таблица (справочник) противоядий;

— справочник по оказанию неотложной помощи;

— шкаф с противоядиями и всем необходимым для оказания помощи при отравлениях (соответственно таблице противоядий);

— все необходимое для оказания помощи обожженным;

— ампулы с камфорой, кофеином, морфином, пантопоном, лобелином, эфедрином, адреналином, атропином, строфантином, 40% глюкозой, хлористым кальцием, сернокислой магнезией, а также нитроглицерин, инсулин, пенициллин, йод, нашатырный спирт, валериановые капли, денатурированный спирт, эфир, хлорэтил;

— профилактические сыворотки (противостолбнячная, противогангренозная, противодифтерийная), плазмозаме-

щающие жидкости, физиологический раствор в ампулах или банках (стерильно);

— перевязочный материал, трахеотомический набор, основной хирургический инструментарий, спиртовка, два стерильных шприца с иглами, иглы для кровопускания, стерилизатор небольшого размера, заправленный примус или электроплитка, запас стерилизованного перевязочного материала в биксах, простерилизованные скальпель, ножницы, 3—4 хирургических и анатомических пинцета, несколько кровоостанавливающих зажимов, желудочный зонд с воронкой для промывания желудка, шины для иммобилизации верхних и нижних конечностей, кровоостанавливающие жгуты, катетер;

— кислородные приборы или подушки с кислородом и углекислотой, запасные баллоны с кислородом;

— носилки.

1047. В приемном отделении и операционной (перевязочной) хирургического отделения госпиталя необходимо иметь аварийное освещение (аккумуляторное, керосиновые лампы и др.).

1048. На случай экстренного выезда врачей для оказания первой помощи вне госпиталя в приемном отделении хранится врачебный комплект для неотложной помощи. Формирование комплекта производится на месте согласно прилагаемой описи, в которую могут быть внесены изменения в зависимости от введения на снабжение новых лекарственных средств.

ОПИСЬ
ВРАЧЕБНОГО КОМПЛЕКТА ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

№ по пор.	Наименование	Единица измерения	Количество
	Медикаменты		
1	Адреналин хлористоводородный 0,1% раствор, в ампулах по 1 *мл*	Ампула	6
2	Апоморфин хлористоводородный 0,5% раствор, стерилизованный	Грамм	5,0
3	Атропин сернокислый 0,1% раствор, в ампулах по 1 *мл*	Ампула	3
4	Валидол	Грамм	5,0
5	Глюкоза 40% раствор, в ампулах по 10 *мл*	Ампула	5
6	Инсулин	Флакон	1
7	Кальций хлористый 10% раствор, в ампулах по 10 *мл*	Ампула	5

№ по пор.	Наименование	Единица измерения	Количество
8	Карболен (угольные таблетки) по 0,5	Штука	20
9	Калий марганцовокислый	Грамм	3,0
10	Капли ландыше-валериановые	„	15,0
11	Кофеин бензоат натрия в таблетках по 0,1	Штука	6
12	Кофеин бензоат натрия 20% раствор, в ампулах по 1 *мл*	Ампула	5
13	Лобелин хлористоводородный 1% раствор, в ампулах по 1 *мл*	„	3
14	Масло вазелиновое (стерилизованное в лечебном учреждении)	Грамм	25,0
15	Масло камфорное 20% раствор, в ампулах по 2 *мл*	Ампула	10
16	Магний сернокислый	Грамм	25,0
17	Морфин хлористоводородный 1% раствор, в ампулах по 1 *мл*	Ампула	3
18	Настойка йодная в ампулах с марлевыми колпачками	„	10
19	Нитроглицерин в таблетках по 0,0005	Штука	10
20	Новокаин 0,5% раствор, в ампулах по 5 *мл*	Ампула	10
21	Омнопон (пантопон) 2% раствор, в ампулах по 1 *мл*	„	3
22	Пенициллин кристаллический 500 000 ЕД во флаконе	Флакон	1
23	Пирамидон в таблетках по 0,3	Штука	6
24	Сода двууглекислая	Грамм	25,0
25	Спирт нашатырный в ампулах с марлевыми колпачками	Ампула	10
26	Спирт ректификованный	Грамм	50,0
27	Строфантин	Ампула	3
28	Сыворотка противостолбнячная, в ампулах по 1500 АЕ	„	3
29	Таблетки кодеина 0,015 с бикарбонатом натрия 0,25	Штука	6
30	Таблетки экстракта красавки 0,015 с бикарбонатом натрия 0,25	„	6
31	Эфедрин хлористоводородный 5% раствор, в ампулах по 1 *мл*	Ампула	3
	Перевязочные средства		
32	Бинты марлевые шириной 14 *см*, длиной 7 *м*	Штука	2
33	Бинты марлевые шириной 10 *см*, длиной 5 *м*	„	2
34	Вата гигроскопическая стерильная в пачках по 25,0	„	2
35	Пакеты перевязочные обыкновенные	„	2
36	Повязки стерильные большие	„	1
37	Повязки стерильные малые	„	1

№ по пор.	Наименование	Единица измерения	Количество
	Врачебные предметы, хирургические инструменты и др.		
38	Жгут кровоостанавливающий резиновый ленточный И-1	Штука	1
39	Зажимы кровоостанавливающие прямые (И-1)	„	2
40	Зажимы кровоостанавливающие зубчатые (И-1)	„	2
41	Зонд желудочный с воронкой резиновой и стеклянной соединительной трубкой . . .	Комплект	1
42	Игла для переливания крови	Штука	1
43	Катетер резиновый № 18 (Р)	„	1
44	Лейкопластырь (катушка)	„	1
45	Мыльница	„	1
46	Нож садовый (И-1)	„	1
47	Ножницы хирургические с одним острым концом, прямые	„	1
48	Пинцет анатомический (И-1)	„	1
49	Пинцет хирургический (И-1)	„	1
50	Пипетка глазная	„	1
51	Полотенце	„	1
52	Скальпель брюшистый средний (И-1)	„	1
53	Стаканчик для приема лекарств	„	1
54	Стерилизатор для хирургических инструментов размером 18,5×8,5×5,5*см*	„	1
55	Термометр медицинский	„	1
56	Тонометр для измерения артериального давления (И-1)	„	1
57	Фонендоскоп (И-1)	„	1
58	Фонарь электрический	„	1
59	Шпатель для языка прямой плоский	„	1
60	Шприц для инъекций в 2 *мл* в стерилизаторе-укладке (И-1)	„	1
61	Шприц для инъекций в 20 *мл* в металлической коробке (И-1)	„	1
62	Краткие указания по оказанию неотложной терапевтической помощи	Экземпляр	1
63	Таблица противоядий	„	1
64	Халат медицинский	Штука	1
	Укладка		
65	Чемодан (саквояж) специальный	„	1
66	Мягкая укладка для халата и полотенца (из лидерина)	„	1
67	Мягкая укладка для хирургического инструментария (из бязи)	„	1

1049. В хирургическом отделении (операционной и перевязочной) необходимо иметь в готовности:

— инструментарий, перевязочный материал и белье в простерилизованном виде, в количестве, отвечающем потребности в них госпиталя, но не менее чем на две полостные операции (острый аппендицит, ущемленная грыжа, прободная язва желудка и пр.), а также набор для трахеотомии;

— инструментарий для извлечения инородных тел из дыхательных органов и пищевода;

— стерилизованные шприцы с наборами игл, стерилизованный аппарат Боброва, аппаратура и системы для переливания крови и плазмозамещающих жидкостей, кровоостанавливающие жгуты;

— стерильный физиологический раствор (не менее 1 *л*), раствор новокаина для обезболивания, 5% раствор новокаина или 3% раствор дикаина для поверхностной анестезии верхних дыхательных путей, эфир для наркоза, хлорэтил, йод, спирт, резиновые перчатки, стерильный шелк и кетгут, стерилизованные катетеры;

— сыворотку для определения групповой принадлежности крови, запас консервированной крови и плазмозамещающих жидкостей, набор предметов для наркоза, стерилизаторы, керосин, бензин, заправленный примус (где в этом есть необходимость);

— подушки с кислородом, баллоны с кислородом и углекислотой; ампулы с камфорой, кофеином, лобелином, адреналином, морфином, атропином; амилнитрит (как противодействие кокаину или дикаину), нитроглицерин, антибиотики (пенициллин, стрептомицин);

— стерильный раствор 5—10% хлористого кальция в ампулах;

— хлорамин (2%) — 100 *мл*;

— прогипсованные бинты, набор шин для иммобилизации переломов.

Примечание. Для лазаретов и госпиталей, имеющих менее 30 хирургических коек, нормы хранимых в хирургическом отделении запасов могут быть уменьшены по распоряжению начальника лазарета, госпиталя.

1050. Начальники приемного и хирургического отделений обязаны систематически проверять наличие и правильность содержания имеющихся в отделениях запасов.

1051. Во время отлучки хирурга из госпиталя ключи от перевязочной и операционной должны храниться у дежур-

ного врача. Дежурному персоналу категорически запрещается расходовать на текущие нужды материал, подготовленный для оказания неотложной помощи.

Для медикаментозной помощи в неотложных случаях применяют средства, хранящиеся в шкафах для лекарств.

1052. Для оказания квалифицированной неотложной помощи в терапевтическом отделении всегда должны быть наготове:

— желудочный зонд с воронкой и все средства для промывания желудка и для постановки сифонных клизм (промывания кишечника);

— стерильные банки для сбора рвотных масс, мочи и других выделений;

— простерилизованные шприцы (на 20, 10 и 2 *мл*) с наборами игл; иглы для кровопускания, для плевральной, спинномозговой пункций; скарификатор; предметные стекла; простерилизованный аппарат Боброва; весь набор для переливания крови; простерилизованный катетер; набор для капельных вливаний;

— пузырь для льда, грелки, медицинские банки, кровоостанавливающие жгуты;

— кислородный прибор или подушки с кислородом и кислородный баллон, баллон с углекислотой;

— стерильный физиологический раствор (не менее 1 *л*), 5% раствор глюкозы (1—1,5 *л*), стерильный 5% раствор двууглекислой соды (150—250 *мл*), хинин солянокислый 1% (50 *мл*), хинин двусолянокислый 10% (10 *мл*), 4% раствор акрихина (10 *мл*), спирт, йод, резиновые перчатки (две пары);

— ампулы с камфорой, кофеином, кордиамином, строфантином (коргликоном), стрихнином, морфином (пантопоном), эфедрином, адреналином, атропином, эзерином, эуфиллином, лобелином (цититоном), новокаином, 40% глюкозой, 10% хлористым кальцием, 10% хлористым натрием, 5% аскорбиновой кислотой, 25% раствором сернокислой магнезии; камполоном или антианемином; стерильные растворы папаверина и дибазола; флакон инсулина;

— нитроглицерин, валидол, димедрол, нашатырный спирт, активированный уголь, сернокислый барий, сульфаниламиды, антибиотики (пенициллин, стрептомицин, биомицин и др.), витамины К, Р, С, препараты фенамина;

— бромиды, хлоралгидрат, снотворные, слабительные, отхаркивающие, рвотные и мочегонные средства.

1053. Все необходимое для квалифицированной неотложной терапевтической помощи должно находиться в отдельном шкафу под замком.

Медикаменты группы «А» хранятся в соответствии с правилами, указанными в Руководстве по хранению медико-санитарного имущества в складах и воинских частях Советской Армии и Военно-Морских Сил, изд. 1954 г.

Расходовать указанные медикаменты и пользоваться аппаратурой для текущей работы в отделении категорически запрещается.

1054. Начальник терапевтического отделения обязан систематически проверять наличие, хранение имущества и медикаментов. Он отвечает за постоянную и полную готовность отделения к оказанию квалифицированной неотложной терапевтической помощи.

ГЛАВА X

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ И ПЛАЗМОЗАМЕЩАЮЩИХ ЖИДКОСТЕЙ

Общие указания

1055. Переливание крови и плазмозамещающих жидкостей — важнейшее лечебное мероприятие, применяемое при многих заболеваниях, и незаменимое средство при кровопотерях, шоке, ожогах, поражениях лучистой энергией, интоксикациях и др.

1056. При переливании крови в кровеносную систему больного вводится полноценная кровь донора, а также отдельные фракции ее (плазма, сыворотка, эритроцитарная взвесь).

1057. В случае невозможности произвести переливание крови (отсутствие или недостаточное количество ее) при срочных показаниях вливают плазмозамещающие жидкости.

1058. Положительный эффект переливания крови определяется правильностью показаний к нему, наличием в крови биологически полноценных компонентов (форменные элементы, белки, плазма), совместимостью крови донора и реципиента, соблюдением условий, гарантирующих реципиента от инфекции, гемотрансфузионного шока и других осложнений.

1059. Консервированной кровью, плазмой, сывороткой, эритроцитарной взвесью и стандартными сыворотками для определения групп крови военно-лечебные учреждения обеспечиваются станциями переливания крови Министерства здравоохранения СССР и отделениями военных и военно-морских госпиталей; оплата производится за счет кредитов по § 20 ст. 66 сметы Министерства обороны СССР.

Снабжение гетерогенными и синтетическими плазмозамещающими жидкостями производится централизованно, через медицинские склады.

1060. Переливание крови организуется в каждом военно-лечебном учреждении с расчетом применения во всех лечебно-диагностических отделениях.

Общее руководство постановкой переливания крови в военно-лечебном учреждении в соответствии с существующими требованиями, а также контроль за его проведением возлагаются на начальника хирургического отделения.

Организация переливания крови и плазмозамещающих жидкостей в военно-лечебном учреждении должна обеспечить возможность его проведения в любое время суток.

1061. Консервированную кровь хранят в запирающемся рефрижераторе (холодильнике) при температуре +4, +8°. Ставить кровь непосредственно на лед нельзя.

1062. Учет консервированной крови производит один из хирургов военно-лечебного учреждения с указанием данных о групповой принадлежности и даты заготовки крови на каждую ампулу (сосуд).

Перед выдачей крови для использования проверяют этикетки и ампулы, определяют, нет ли гемолиза крови или каких-либо признаков ее загрязнения. Только после такой проверки ампула с кровью может быть отпущена. При этом регистрируют время выдачи и кому она отпущена.

1063. При транспортировке консервированную кровь нужно помещать в условия, оптимальные для ее хранения (температура + 4, + 8°), в специальные изотермические ящики.

Малый изотермический ящик рассчитан на 2 *л* консервированной крови. Терморегулирующим прибором этого ящика является оцинкованная банка, в которую насыпают лед или заливают воду, нагретую до 50°.

При температуре окружающего воздуха выше нуля:

— банки с кровью берут охлажденными до температуры + 4, + 8°;

— в оцинкованную банку засыпают крупнобитый лед, пересыпанный солью, крышку плотно ввинчивают в горловину банки;

— при хранении соблюдают следующий режим:

Температура окружающего воздуха (в градусах)	Длительность режима (в часах)	Расход льда (в *кг*)
+40	8—9	1,37
+30	17—18	1,25
+20	26—27	1,29

— перезарядку производят за 2 часа до истечения предельного срока, указанного в таблице;

— малые изотермические ящики прикрывают со всех сторон брезентом.

При температуре окружающего воздуха ниже нуля:

— банки с кровью доводят до температуры + 16, + 18° (комнатной);

— в оцинкованную банку заливают воду, нагретую до 50°;

— при хранении соблюдают следующий режим:

Температура окружающего воздуха (в градусах)	Длительность режима (в часах)
—40	12—13
—30	14—15
—20	17—18

— перезарядку изотермических ящиков производят за 2 часа до истечения предельного срока;

— изотермические ящики со всех сторон прикрывают брезентом.

1064. Военно-лечебные учреждения должны иметь группы обследованных доноров, чтобы при невозможности получить консервированную кровь взять кровь у них.

Подготовка кадров доноров

1065. Донорские кадры в военно-лечебных учреждениях Министерства обороны комплектуются в порядке добровольности из персонала этих учреждений (служащих, рабочих и военнослужащих), а также из гражданского населения.

1066. Донорами могут быть лица не моложе 18 лет при условии полного физического развития организма.

Доноров подвергают детальному медицинскому освидетельствованию в военно-лечебных учреждениях, на учет которых они становятся; после этого они выдают расписку установленной формы в том, что знают об уголовной ответственности за сокрытие заболевания сифилисом, малярией, туберкулезом, эпидемическим гепатитом Боткина, бруцеллезом и другими инфекционными заболеваниями.

Детальные медицинские освидетельствования проводятся каждые 6 месяцев. Дополнительный осмотр врачом-венерологом (по назначению врача-терапевта) — только при наличии медицинских показаний. Все доноры должны являться на обследование и дачу крови с паспортом.

1067. Результаты медицинских освидетельствований доноров из числа рабочих, служащих Советской Армии и Военно-Морского Флота и гражданских лиц вносят в индивидуальную донорскую карту (журнал), которую заводят на каждого донора и хранят в военно-лечебном учреждении. Доноров подвергают медицинскому освидетельствованию не ранее чем за 12 дней до взятия у них крови.

1068. При медицинском освидетельствовании проводится полное клиническое обследование донора: терапевтическое, венерологическое, определение групповой принадлежности крови; у женщин, кроме того, — гинекологическое. Собирают подробный анамнез, особое внимание уделяют выявлению начальной безжелтушной фазы эпидемического гепатита Боткина, а также выявлению бруцеллеза с учетом полиморфизма клиники этого заболевания.

По эпидемиологическим показаниям доноров обследуют на бруцеллез (реакция Райта или Хеддельсона и кожная проба Бюрне). Аналогичные проверки необходимо повторять 3—4 раза в год. У доноров, положительно реагирующих на пробы, кровь не берут.

До осмотра обязательно производят рентгеноскопию органов грудной клетки, общий анализ крови с одновременным исследованием ее на малярию, общий анализ мочи.

Взятие крови для серологических реакций на сифилис — реакция Вассермана, две осадочные — производится в операционной одновременно с взятием крови. Заготовленная кровь не используется и не выдается до получения ответов из лабораторий.

Групповую принадлежность крови определяют с обозначением по Янскому при помощи стандартных сывороток — 0(I), A(II), B(III) групп двумя сериями каждой группы.

1069. Противопоказаниями к приему в доноры являются следующие заболевания (как перенесенные в прошлом, так и имеющиеся):

— сифилис врожденный и приобретенный;

— туберкулез костей, кожи, легких и других органов;

— бруцеллез, туляремия;

— малярия при наличии приступов за последние два года;

Примечание. Увеличение селезенки, определяемое пальпацией или перкуссией, служит противопоказанием даже при отсутствии каких-либо других признаков малярии. Тропическая малярия в анамнезе является абсолютным противопоказанием. При наличии в анамнезе малярии других типов ставят адреналиновую пробу.

— эпидемический гепатит Боткина;

— истощение, резкое похудание, склонность к отекам, истощающие поносы, адинамия;

— гипертоническая болезнь в сочетании с выраженным атеросклерозом, особенно с явлениями нарушения мозгового кровообращения;

— грудная жаба, распространенный артериосклероз, кардиосклероз с нарушением компенсации сердечной деятельности;

— эндокардиты, миокардиты, пороки сердца в стадии субкомпенсации, декомпенсации, стойкая аритмия;

— опухоли, за исключением точно диагносцированных несомненно доброкачественных опухолей небольших размеров, расположенных на поверхности тела;

— остеомиелиты, как острые, так и хронические, в том числе формы, закончившиеся образованием рубца;

— язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;

— острый и хронический гепатит, острый и хронический нефрит, нефрозы;

— инфекционные болезни;

Примечание. Лица, перенесшие инфекционные болезни, могут стать донорами через 6 месяцев после выздоровления при условии

полного клинического обследования; после брюшного тифа — по прошествии одного года, с бактериологической проверкой желчи. После перенесенной дизентерии необходима проверка на бациллоносительство. После ангины и гриппа брать кровь у донора можно через один месяц при отсутствии объективных клинических данных и нормальном составе крови.

— перенесенные операции удаления какого-либо органа, а также операции по поводу злокачественных опухолей и эхинококка; лица, перенесшие прочие операции, могут быть донорами не ранее чем через 3 месяца после их выполнения при условии тщательного клинического контроля и представления справки о дате и характере операции из того лечебного учреждения, где она была выполнена;

— выраженное нарушение функции желез внутренней секреции; струма, явные болезни обмена веществ;

— органические поражения нервной системы, психические болезни, выраженные вегетоневрозы;

— отосклероз;

— эмпиемы придаточных пазух носа;

— озена;

— остаточные явления ирита, иридоциклита, хореоидита, хореоретинита, аномалии развития органа зрения, в основе которых может быть врожденный сифилис; резкие изменения глазного дна при миопии, паренхиматозный кератит;

— распространенное поражение кожи воспалительного, особенно инфекционного и аллергического характера: генерализованный псориаз, эритродермия, крапивница, распространенные экземы, пиодермия, микозы, вульгарная волчанка и др.;

— период беременности и лактации; женщина может стать донором через три месяца после окончания периода лактации, представив об этом справку из консультации;

— в период менструации; по истечении пяти дней после менструации брать кровь можно.

1070. За трое суток до каждого взятия крови у донора исследуют кровь на содержание билирубина (допустимое содержание, определяемое по методу Гиманс — Ван ден Берга не выше 0,8 *мг*%, по методу Бакальчука — не выше 6,25 *мг*%). У доноров, впервые дающих кровь, в пределах трех суток до взятия повторно ставят серологические реакции на сифилис.

Примечание. Если по техническим причинам срочно выполнить реакции на бруцеллез, содержание билирубина и серологические реакции на сифилис невозможно, кровь у доноров допускается брать

При жизненных показаниях к срочному переливанию, с последующим проведением необходимых исследований. Врач обязан предупредить об этом больного или его родственников. При отсутствии родственников или невменяемости больного вопрос о необходимости переливания крови решает лечащий врач. В таких случаях врач-венеролог или опытный врач должен особенно тщательно осмотреть донора.

1071. В день взятия крови врач производит медицинский осмотр донора (донор должен быть полностью обнажен) и измеряет температуру его тела. При температуре тела 37° и выше кровь брать нельзя.

1072. Перед взятием крови донору предоставляется в военно-лечебном учреждении отдых на 1½—2 часа и бесплатный завтрак (сладкий чай и 150 г хлеба), а после взятия крови — бесплатный обед за счет кредитов по § 7 ст. 21 сметы Министерства обороны СССР.

1073. У донора разрешается брать единовременно не более 250 *мл* крови. У доноров, дающих кровь повторно, разрешается брать единовременно до 450 *мл* крови при содержании гемоглобина у женщин выше 65%, у мужчин — выше 70%.

1074. Последующее взятие крови у донора допускается по истечении шести недель со дня предшествующего, при условии полной регенерации крови. В течение года кровь может быть взята не более шести раз, после чего необходим трехмесячный перерыв.

1075. Перед каждым последующим взятием крови (не ранее чем за 12 дней) доноров осматривает терапевт и венеролог. Женщин, кроме того, — гинеколог (обязателен осмотр шейки матки в зеркалах). У всех доноров определяют содержание гемоглобина, число лейкоцитов, РОЭ и ставят серологические реакции на сифилис (реакция Вассермана и две осадочные).

1076. Перед каждым взятием крови доноры из числа гражданских лиц представляют справку из районной поликлиники о всех перенесенных заболеваниях за предшествующие шесть недель и справку от районного эпидемиолога об отсутствии инфекционных заболеваний, в частности эпидемического гепатита Боткина, в семье или квартире донора.

1077. Учреждения, предприятия и учебные заведения обязаны отпускать доноров по вызовам военно-лечебных учреждений для обследования и взятия у них крови; на это время за донорами сохраняется средний заработок.

1078. За взятую кровь военно-лечебное учреждение выдает донору денежную компенсацию на усиление питания в размере, установленном Министерством здравоохранения СССР, за счет кредитов по § 7 ст. 21 сметы Министерства обороны СССР.

Определение группы крови

1079. В основу деления людей по группам положена реакция изогемоагглютинации, т. е. склеивание эритроцитов одного человека сывороткой другого.

1080. На основании способности эритроцитов и сыворотки давать агглютинацию все люди распределяются на четыре группы: 0(I), A(II), B(III), AB(IV).

Группа 0(I). Эритроциты ни с какими сыворотками агглютинации не дают, сыворотка же агглютинирует эритроциты всех прочих групп.

Группа AB(IV). Эритроциты дают агглютинацию с сыворотками всех остальных групп, сыворотка же не может агглютинировать никакие эритроциты.

Группы A(II) и B(III) являются взаимно агглютинирующимися, т. е. сыворотка одной группы дает реакцию агглютинации с эритроцитами другой. Кроме того, эти группы находятся в определенных вышеуказанных соотношениях с группами 0(I) и AB(IV): эритроциты групп A(II) и B(III) агглютинируются сывороткой 0(I) группы, а сыворотки A(II) и B(III) дают агглютинацию с эритроцитами группы AB(IV).

1081. Характеристику свойств всех групп крови можно представить в таблице, где знак плюс (+) обозначает наличие агглютинации:

Сыворотки группы	Эритроциты группы			
	0 (I)	A (II)	B (III)	AB (IV)
0 (I)	—	+	+	+
A (II)	—	—	+	+
B (III)	—	+	—	+
AB (IV)	—	—	—	—

В одних случаях реакция агглютинации наступает быстро и выражена четко, в других — медленно, так как активность эритроцитов и сывороток подвержена значительным колебаниям, зависящим от титра эритроцитов и сыворо-

ток. Под титром подразумевается то максимальное разведение сыворотки, при котором еще наступает реакция агглютинации. Титр эритроцитов и сыворотки в течение жизни человека может изменяться.

1082. Группы крови у больных обычно определяют при помощи стандартных сывороток с проверенной агглютинирующей способностью в помещении с достаточным освещением при температуре + 15°, + 20°. При температуре ниже + 10° и выше + 30° ставить реакции не разрешается, иначе могут быть получены неверные результаты.

1083. Групповую принадлежность крови определяют на мелких тарелках белого цвета или на предметных стеклах. На левой стороне каждого предметного стекла или на краю тарелки (слева) предварительно наносят метку 0(I), в середине — A(II), на правой стороне — B(III).

Для смешивания капель крови и сыворотки пользуются предметными стеклами или стеклянными палочками.

На стол ставят три стаканчика: в левом находится флакон (ампула) с сывороткой группы 0(I), в среднем — с сывороткой группы A(II), в правом — с сывороткой группы B(III). В каждый флакон с сывороткой опускают сухую чистую глазную пипетку. На стаканчиках и пипетках отмечают группу сыворотки.

Рядом с первым набором стандартных сывороток помещают второй набор с сыворотками тех же групп, но других серий.

На стол ставят также флакон с физиологическим раствором, стаканчик со спиртом, настойку йода и гигроскопическую вату для дезинфекции пальцев исследуемых и аппаратуры.

1084. Из флакона с сывороткой группы 0(I) набирают пипеткой сыворотку и наносят одну каплю ее на предметное стекло или тарелку около метки 0(I). Другими пипетками набирают сыворотки A(II) и B(III) и наносят по одной капле их около соответствующих обозначений на тарелке. После нанесения капли каждую пипетку тотчас опускают в тот флакон с сывороткой, откуда она была взята.

Кровь берут обычным способом. Стерилизуют иглу для взятия крови, протирают спиртом стеклянную палочку (или предметное стекло) и смазывают палец исследуемого йодом. После того как игла, палочка (стекло) и палец исследуемого станут совершенно сухими, иглой делают укол в мякоть пальца (лучше левой руки) и выжимают каплю крови; прикоснувшись к капле концом стеклянной палочки (предметного стекла), переносят ее на капли сыворотки, находящиеся

на тарелке (предметном стекле) и тотчас перемешивают их. Переносить капельки крови на каждую каплю сыворотки и перемешивать их **надо каждый раз новой чистой палочкой** (предметным стеклом).

Для точности реакции необходимо брать небольшую капельку (величиной с булавочную головку) крови с таким расчетом, чтобы она была в 10—20 раз меньше капли сыворотки. Нарушение этих соотношений может привести к ошибкам при определении групп крови.

Перемешав кровь с соответствующей сывороткой, отмечают время начала реакции. Чтобы кровь с сывороткой перемешалась равномерно и реакция выявилась скорее, предметное стекло или тарелку надо осторожно покачивать. Наблюдение за реакцией агглютинации следует вести в течение 5 минут. По истечении 5 минут к каждой капле смеси добавляют по одной капле физиологического раствора (при этом ложная агглютинация исчезнет). Затем производят окончательную оценку результатов.

При положительной реакции уже в первую минуту от начала перемешивания в смеси появляются видимые невооруженным глазом мельчайшие красные зернышки, состоящие из склеившихся эритроцитов. Они постепенно сливаются в более крупные зерна, а иногда в хлопья неправильной формы. При этом сыворотка обесцвечивается.

Добавление физиологического раствора не вызывает исчезновения хлопьев.

При отрицательной реакции жидкость все время (5 минут) остается равномерно окрашенной в розовый цвет и в ней нельзя обнаружить никаких зернышек.

1085. Каждое определение группы крови производят с использованием стандартных изогемоагглютинирующих сывороток двух различных серий для контроля.

1086. При определении группы крови при помощи трех стандартных сывороток возможны четыре комбинации положительных и отрицательных реакций.

Для каждой группы характерна определенная комбинация:

а) если все три сыворотки дали реакцию отрицательную, т. е. все смеси остались равномерно окрашенными в розовый цвет, исследуемая кровь принадлежит к группе 0(I);

б) если отрицательную реакцию дала только сыворотка группы А (II), а сыворотки групп 0(I) и В(III) дали реакцию положительную, т. е. в ней появились зерна, исследуемая кровь принадлежит к группе А(II);

в) если сыворотка группы B(III) дала отрицательную реакцию, а сыворотка групп 0(I) и A(II) — положительную, исследуемая кровь принадлежит к группе B (III);

г) если все три сыворотки дали положительные реакции, исследуемая кровь относится к группе AB(IV).

Появление иных комбинаций указывает на недочеты, допущенные при определении, и на необходимость повторного определения.

1087. При определении групп крови встречаются ошибки двоякого рода: а) не замечают агглютинации, между тем как она есть; б) устанавливают наличие агглютинации, в то время как она отсутствует.

1088. Не заметить агглютинацию можно в тех случаях, когда реакция начинается поздно или когда она слабо выражена. Это зависит от низкого титра сыворотки или от плохой агглютинации эритроцитов исследуемого лица. При наличии одновременно этих двух причин агглютинация может совсем не появиться. Поэтому необходимо пользоваться только проверенными сыворотками.

Кроме того, агглютинация может не выявиться: а) если взята слишком большая капля крови; б) если температура окружающего воздуха выше 30°. В этих случаях дно тарелки, на которой производится реакция, необходимо искусственно охлаждать, ставя тарелку в посуду с водой температурой 12—15°.

1089. Ошибочно установить групповую агглютинацию при фактическом отсутствии ее можно в следующих случаях:

а) при появлении ложной агглютинации — образовании «монетных столбиков», склеивающихся эритроцитов, которые иногда можно принять за агглютинационные зерна; при добавлении капли физиологического раствора и перемешивании «монетные столбики» исчезают и капли снова принимают равномерную окраску; при истинной агглютинации появившиеся зернышки от капли физиологического раствора не исчезают;

б) при холодной агглютинации — появлении зерен при низких температурах (ниже + 10°).

Кровь некоторых людей может давать холодную агглютинацию и при комнатной температуре. При обычных условиях исследования эритроциты данной крови будут агглютинироваться всеми сыворотками и даже физиологическим раствором, а сыворотка данного лица будет агглютинировать эритроциты всех прочих групп и даже свои собствен-

ные. Это явление носит название панагглютинации. Чтобы исключить ее, необходимо при агглютинации во всех каплях, т. е. получении данных в пользу группы АВ (IV), провести повторное определение, причем дополнительно взять четвертую каплю крови и смешать ее с физиологическим раствором. Отсутствие агглютинации в этой капле будет свидетельствовать против панагглютинации.

Во всех сомнительных случаях необходимо ставить повторную реакцию со стандартными сыворотками и стандартными эритроцитами.

При переливании крови проводится проба на резусовместимость крови донора и реципиента.

Проверка и хранение стандартных сывороток

1090. Стандартные сыворотки должны отвечать следующим требованиям: на ампулах и флаконах должны быть этикетки с обозначением группы, титра (не менее 1 : 32), срока годности, серии и места изготовления.

Срок годности сывороток исчисляется тремя месяцами от момента их разлива. Сыворотки, срок годности которых истек, через каждые 15 дней обязательно подвергают проверке.

Берут одну ампулу из каждой серии стандартных сывороток и проверяют ее способность давать реакцию агглютинации с кровью лиц групп 0(I), А(II), В(III), групповая принадлежность которых была заранее точно определена. Контрольных лиц выбирают, соблюдая следующие обязательные требования:

— эритроциты лиц групп А (II) и В (III) с соответствующими сыворотками должны давать быструю, не позже 30 секунд, отчетливую реакцию агглютинации, а эритроциты группы 0(I) не должны давать агглютинации с тремя стандартными сыворотками;

— сыворотки не должны в течение 5 минут агглютинировать эритроциты группы 0(I);

— сыворотка группы А(II) должна агглютинировать быстро и отчетливо в течение первых 30 секунд только эритроциты группы В(III);

— сыворотка группы В(III) должна агглютинировать таким же образом эритроциты только группы А(II);

— сыворотка группы 0(I) должна агглютинировать так же эритроциты группы А(II) и В(III).

1091. Хранить сыворотки нужно в сухом, темном, прохладном помещении, запертом на ключ.

1092. Вскрытые ампулы не уничтожают. Их можно использовать в течение первых пяти дней при условии, если их хранить в прохладном помещении, в шкафу, закрытыми стерильной ватой.

1093. Во время перевозки в зимнее время сыворотки могут замерзнуть. Они пригодны к употреблению, если посуда, в которой они содержатся, цела, не имеет трещин. Достаточно очистить ее от следов внешней упаковки (ваты, стружек и т. д.), поставить в комнату с температурой воздуха + 8, + 10° (не свыше 12°) до полного оттаивания сыворотки. Ставить посуду с замерзшей сывороткой в натопленную комнату, в теплую воду, на теплую печь нельзя.

Употреблять отогретые сыворотки допускается только после проверки их на специфичность и активность.

Проверка индивидуальной совместимости крови при гемотрансфузиях

1094. При переливании крови надо обязательно проверять совместимость крови донора (консервированной крови) и реципиента. Проверку производят непосредственно перед переливанием при помощи следующих реакций:

— определение группы крови больного и проверка на этикетке группы крови донора (консервированной крови);

— определение индивидуальной совместимости крови донора (консервированной крови) и реципиента.

Кроме того, во время трансфузии ставят биологическую пробу.

1095. Для определения индивидуальной совместимости у реципиента берут в пробирку несколько миллилитров крови не позже чем за 1—2 часа до трансфузии. После свертывания крови отсасывают сыворотку и прибавляют к ней кровь донора (отношение 3 : 1). Если в течение пяти минут явлений агглютинации не наблюдается, кровь донора и реципиента совместимы.

Чтобы ускорить реакцию, необходимо получить плазму больного. Для этого кровь берут в смеси с раствором лимоннокислого натрия и центрифугируют.

1096. Несмотря на наличие реакций, указывающих на совместимость крови донора (консервированной крови) и реципиента, необходимо в начале переливания поставить

биологическую пробу. Она заключается в том, что первые 75 *мл* крови вливают больному в три этапа по 25 *мл* с промежутками по 3 минуты между этапами. При этом следят за пульсом, дыханием, внешним видом реципиента, прислушиваются к его жалобам.

При введении несовместимой крови больной уже в первые 3—5 минут начинает жаловаться на неприятное ощущение в груди, боли в пояснице, животе, в конечностях. Вслед за жалобами появляются и объективные расстройства — изменение окраски лица (вначале бледность, затем цианоз), холодный пот, беспокойство, падение артериального давления, частый, малый пульс. Нередко наступает рвота. У больных, находящихся под наркозом, при проведении биологической пробы необходимо особенно внимательно следить за артериальным давлением.

При появлении каких-либо жалоб или легких объективных расстройств биологическую пробу следует признать положительной и переливание крови немедленно прекратить.

При отсутствии каких-либо явлений, указывающих на несовместимость крови, переливают все намеченное количество ее.

Показания и противопоказания к переливанию крови

1097. Действие перелитой крови на организм больного многообразно: отмечают заместительное, стимулирующее, гемостатическое и дезинтоксикационное действие. Показания к переливанию в зависимости от заболевания и состояния больного строго индивидуализируются.

1098. Противопоказаниями к переливанию крови являются:

— органические изменения сердечно-сосудистой системы с выраженными признаками декомпенсации; эндокардит; генерализованный тромбофлебит;

— острый нефрит, гипертоническая форма хронического нефрита, амилоидоз почек и нефросклероз;

— острые гепатиты и гемолитическая желтуха (переливание сыворотки при острых гепатитах допустимо);

— бронхиальная астма, отеки типа Квинке, отек легких;

— кровоизлияние в мозг;

— тяжелые сотрясения и ушибы мозга.

Реакции и осложнения после переливания крови

1099. Реакции после переливания крови отличаются от осложнений тем, что скоро проходят, а также тем, что при

них сохраняется функциональная полноценность жизненно важных органов и систем организма.

Реакции делятся на слабые, средние и сильные.

Для слабых реакций характерно повышение температуры тела в пределах одного градуса, познабливание, гиперемия лица, чувство жара, сухость во рту, легкая головная боль, небольшое недомогание; для средних — повышение температуры тела на 1,5—2°, общее недомогание, головная боль, кратковременный озноб.

При сильных реакциях температура тела повышается на 2° и более, появляются сильный озноб, тошнота и рвота, головная боль, боли в пояснице, суставах, чувство общей разбитости и слабости.

1100. Для снижения степени реакции необходимы:

— тщательная обработка аппаратуры для переливания крови;

— применение хороших трансфузионных сред и надежная стерилизация их;

— создание безукоризненных условий асептики при заготовке консервированной крови, ее хранении и переливании;

— подготовка больных, бурно реагирующих на каждое парэнтеральное введение белковых препаратов; она заключается в применении средств, обеспечивающих лечебно-охранительное торможение (снотворные и наркотические), воздействующих на интерорецепторы сосудистой стенки (растворы новокаина), десенсибилизирующих реципиента к парэнтеральному введению белковых веществ (подкожное или внутримышечное введение малых доз крови за 30—60 минут до трансфузии).

1101. При выраженной сильной реакции больному вводят 1 *мл* 1% раствора морфина повторно через 6 часов, 20 *мл* 40% раствора глюкозы, применяют грелки, пиявки, дают пить.

1102. После переливания крови могут быть следующие осложнения.

1. Гемотрансфузионный шок. Он возникает при:

— переливании несовместимой крови (вследствие ошибки при определении групп крови);

— переливании недоброкачественной крови (перегретой, замороженной, гемолизированной, загрязненной бактериями);

— повышенной чувствительности больного к вводимым белкам крови (реакции анафилактического типа);

— индивидуальной несовместимости белков крови донора и реципиента.

2. Воздушная эмболия, эмболия сгустками, острое расширение сердца — эти осложнения связаны с погрешностями в технике трансфузии крови.

1103. При появлении у больного симптомов осложнений необходимо:

— немедленно прекратить переливание;

— вновь проверить группы крови донора и реципиента, реакцию на совместимость;

— сохранить оставшуюся кровь для дальнейшего исследования ее;

— усиленно вводить в организм жидкости (обильное питье, капельные клизмы, физиологический раствор и 5% раствор глюкозы под кожу);

— ввести внутривенно 20—30 *мл* 40% раствора глюкозы;

— ввести под кожу 1 *мл* 1% раствора морфина, 1 *мл* 1% раствора эфедрина, а также кофеин, камфору;

— при осложнениях, возникающих вследствие переливания несовместимой крови, перелить совместимую (одногруппную) кровь, предварительно применив кровопускание (200—300 *мл*);

— провести двустороннюю паранефральную блокаду по Вишневскому;

— при анафилактических явлениях ввести внутривенно 10 *мл* 10% раствора хлористого кальция.

Во всех случаях осложнений производят расследование.

Техника переливания крови

1104. Кровь от донора можно переливать прямым (применяется крайне редко) и непрямым способом.

Процесс переливания крови непрямым способом делится на два момента: взятие крови от донора и стабилизация ее; вливание стабилизированной крови больному.

Стабилизированную кровь переливают или в ближайшее время (не позднее 3—4 часов) после взятия у донора (свежецитратная кровь), или после заготовки и хранения ее в соответствующих условиях (консервированная кровь).

Для консервирования крови необходимы специально подготовленные кадры, специальное оборудование и помещение.

1105. Кровь от донора берут из подкожных вен в области локтевого сгиба специальной короткой иглой с большим просветом (1—2 *мм*). Иглу при помощи насадки соединяют

с короткой резиновой трубкой (10—15 *см*), а последнюю — с направляющей стеклянной трубкой. Стеклянную трубку опускают в склянку с цитратом (6% раствор лимоннокислого натрия из расчета 10 *мл* на 100 *мл* крови) так, чтобы конец трубки не доходил до уровня цитрата на 2—3 *см*. Чтобы цитрат смешался с кровью, она должна идти струей. Склянку слегка покачивают круговыми движениями.

Если между взятием и переливанием крови будет небольшой перерыв, ее надо подогреть до 37°.

1106. Перед переливанием консервированной крови из ампулы надо: проверить правильность паспортизации; оценить макроскопически качество консервированной крови.

1107. Годность консервированной крови для трансфузии определяется отсутствием видимых признаков ее изменения (гемолиз, сгустки, подозрение на инфицирование).

Обычно гемолиз наступает после 14-дневного хранения при стабилизации крови на 6% растворе цитрата и после 25—30-дневного хранения при стабилизации крови на глюкозо-цитратных консервирующих средах.

В сомнительных случаях небольшое количество крови отливают в центрифужную пробирку и центрифугируют. Если после этого плазма просветляется, значит гемолиза нет. Если же розовая окраска сохранилась, кровь непригодна к переливанию.

Пленка на поверхности крови может образоваться в результате загрязнения крови и наличия липоидов. При согревании крови липоиды растворяются и пленка исчезает.

При наличии мелких сгустков необходимо перед самым переливанием профильтровать кровь через 6 слоев стерильной марли, смоченной физиологическим раствором. Кровь фильтруют до ее подогревания.

После транспортировки по грунту и железной дороге срок годности консервированной крови сокращается на 3—5 дней и не должен превышать 20 суток.

1108. Категорически запрещается пользоваться для переливания кровью из ампул, ранее распечатанных или подвергавшихся подогреванию.

1109. Кровь согревают непосредственно перед трансфузией в несколько этапов под контролем термометра. Взятую из ледника ампулу с кровью на 15 минут ставят в комнату, затем последовательно помещают в теплую воду температурой + 20, + 25, + 30, + 35, + 38° (не смачивать колпачков у ампулы, банки). Быстрое нагревание крови вызывает денатурацию белков.

В экстренных случаях допускается переливать неподогре́тую кровь (если она находилась при комнатной температуре + 15°, + 20° не менее часа).

1110. Для переливания стабилизированной крови (как свежецитратной, так и консервированной) пользуются стандартной банкой, воронкой, сифоном, ампулами и т. д., соблюдая при этом строгую асептику и принимая все меры для предупреждения осложнений (см. выше).

1111. Переливание крови лучше производить при помощи венепункции. При спавшихся (шок) или плохо выраженных венах прибегают к венесекции. Для этого перед каждым переливанием заранее подготавливают набор для венесекции.

Для венепункции лучше всего использовать подкожные вены в области локтевого сгиба, для венесекции — большую подкожную вену голени (сохраняя вены верхних конечностей для пункции).

1112. При переливании крови и вливании плазмозаме́щающих жидкостей больные должны находиться в лежачем положении.

1113. При невозможности внутривенного переливания крови (плохо выраженные вены, повреждения кожи на конечностях, ожоги, нагноительные заболевания и т. д.) хороший эффект дает введение крови и плазмозамещающих жидкостей в губчатое вещество кости.

Внутрикостное вливание дает возможность длительно (в течение многих часов) вводить кровь без осложнения тромбозом или флебитом. Плотная фиксация иглы облегчает введение крови беспокойным и ослабленным больным.

Кровь вводят в пяточную кость, гребешок подвздошной кости, большой вертел, мыщелки бедра, голени, в грудную кость и в ключицу. Для пункции кости (под местным обезболиванием) пользуются толстой иглой для переливания крови (игла Кассирского, Леонтьева и др.) с хорошо подогнанным мандреном. Сверлящими движениями иглу вводят в кость. Удалив мандрен, аспирируют шприцем костный мозг, вводят через иглу 5 *мл* 0,5% раствора новокаина и после этого присоединяют к ней систему для переливания.

В грудную кость иглу следует вводить осторожно, чтобы не проколоть заднюю пластинку кости. В гребешок подвздошной кости, в мыщелки бедра, голени, в пяточную кость иглу вводят на глубину 1—1,5 *см*.

1114. Капельное переливание крови благодаря медленному введению позволяет пополнять кровяное русло боль-

ного относительно большими количествами крови (1—4 *л* и более) без перегрузки сердечно-сосудистой системы. Оптимальная скорость введения — 20—50 капель в минуту.

При тяжелых обескровливаниях и шоке после однократного струйного переливания крови делают капельное переливание, которое дает лучшие результаты, чем повторные переливания обычных доз крови.

Во избежание оседания эритроцитов банку с кровью периодически (через 20—30 минут) покачивают.

1115. При смертельных кровотечениях, в агональном периоде, при так называемой клинической смерти, а также некоторых заболеваниях (например, облитерирующем эндартериите) кровь переливают внутриартериально. Этот способ переливания крови требует особой техники. Кровь вводят под давлением, контролируемым манометром, путем пункции артерии (желательно сосуд не обнажать). Введя в артерию 200—250 *мл* крови, тотчас переходят на внутривенные вливания обычным способом.

Плазмозамещающие жидкости

1116. При затруднениях в своевременном получении консервированной крови переливают плазмозамещающие жидкости. Их запас должен быть в каждом военно-лечебном учреждении.

1117. Пределы восстанавливающего действия плазмозаменителей при острой кровопотере зависят от ее степени. При больших кровопотерях, сопровождающихся потерей большой массы эритроцитов, переливания только плазмозамещающих жидкостей недостаточно.

1118. Из плазмозамещающих жидкостей наиболее широко применяют: плазму крови (сухая и нативная), лечебную сыворотку (сухая и нативная), сыворотку БК-8, гидролизаты, полиглюкин (декстран), поливинилпирролидон, трансфузин ЦОЛИПК проф. Н. А. Федорова, противошоковую жидкость проф. Э. А. Асратяна, проф. В. И. Попова, а также другие спиртово-глюкозосолевые растворы.

1119. Плазму и сыворотку в дозах до 500 *мл* можно переливать при **любой группе крови** без учета групповой совместимости.

1120. Нативная (жидкая) плазма, хранящаяся при температуре +4, +8°, годна для переливания в течение многих

месяцев. Следует учесть, что по истечении 1—2 месяцев она начинает мутнеть, в ней выпадают хлопья фибрина, исчезающие после встряхивания и подогревания плазмы. При наличии в плазме более крупных хлопьев ее надо профильтровать через 6 слоев марли.

Если на поверхности плазмы появится белый налет (вследствие большого содержания жира или бактериального загрязнения), ампулу с плазмой надо подогреть до температуры 37°. Исчезновение белого налета (жир) означает, что плазма может быть использована для переливания. Если помутнение плазмы стойкое и белый налет при подогревании не исчезает, значит имеется бактериальное загрязнение.

Техника вливания плазмы та же, что и консервированной крови.

1121. В холодное время года станции переливания крови могут выпускать плазму в замороженном состоянии, в герметически закрытых стерильных ампулах (замороженная плазма переносит длительное хранение лучше нативной). Перед переливанием замороженную плазму, постепенно подогревая, переводят в жидкое состояние.

Подвергать плазму повторному замораживанию и оттаиванию не допускается.

1122. Лучше всего плазма переносит хранение в высушенном состоянии.

К ее преимуществам перед нативной и замороженной плазмой относится также удобство транспортировки и возможность длительного хранения в различных температурных условиях (не свыше + 40°). Разводят сухую плазму, добавляя к ней стерильную дестиллированную воду до первоначального (до сушки) объема. Через 10—12 минут сухая плазма будет полностью разведена, и можно приступить к ее вливанию.

1123. Лечебную сыворотку изготавливают на специальных заводах из крови крупного рогатого скота. Выпускают ее в запаянных ампулах емкостью 250 *мл* (к каждой ампуле прилагается инструкция по применению сыворотки).

Показания для вливания лечебной сыворотки те же, что и для плазмы. Сыворотку применяют преимущественно с целью парэнтерального питания. Перед вливанием обязательно ставят биологическую пробу. Нужно иметь в виду, что вливание лечебной сыворотки часто дает реакцию и осложнения.

ГЛАВА XI

ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГОСПИТАЛЕ

1124. Постоянно действующим органом военно-врачебной экспертизы в госпитале является госпитальная военно-врачебная комиссия (ВВК).

1125. Военно-врачебная комиссия госпиталя организуется в составе: председателя (начальник госпиталя или его заместитель — начальник медицинской части), назначаемого приказом начальника военно-медицинского отдела округа по представлению начальника окружной военно-врачебной комиссии, и двух членов — врачей госпиталя, которых назначает начальник госпиталя.

1126. В крупных госпиталях по разрешению начальника военно-медицинского отдела округа может быть организовано несколько военно-врачебных комиссий, председателями которых являются начальники медицинских отделений госпиталя.

1127. Военно-врачебная комиссия госпиталя подчиняется начальнику госпиталя, а по вопросам, связанным с военно-врачебной экспертизой, — председателю военно-врачебной комиссии округа.

1128. Военно-врачебной экспертизе в госпитале подвергают:

— военнослужащих, находящихся на лечении или стационарном обследовании;

— призываемых на военную службу и направленных призывными комиссиями для стационарного обследования;

— членов семей военнослужащих, направленных в госпиталь на обследование.

1129. Военно-врачебная экспертиза в госпитале проводится:

а) при необходимости изменения категории годности или установления негодности к военной службе;

б) для определения годности:

— к военной службе по специальности;

— к поступлению в военно-учебные заведения;

в) для установления нуждаемости военнослужащих:

— в предоставлении им отдыха при части с полным или частичным освобождением от службы (работы);

— в санаторно-курортном лечении;

— в предоставлении отпуска по болезни;

г) для установления (у военнослужащих и членов их семей — по направлению отделов кадров) противопоказаний

к проживанию в тех или иных климатических условиях по состоянию здоровья.

1130. Освидетельствование в госпитальной военно-врачебной комиссии проводится в соответствии с действующим «Положением о медицинском освидетельствовании военнослужащих и военнообязанных», «Расписанием болезней и физических недостатков» [1] и пояснениями к нему.

1131. Лиц, находящихся в госпитале на лечении или обследовании, представляют на освидетельствование в госпитальную военно-врачебную комиссию лишь после того, как будет проведено всестороннее обследование и окончательно определится исход лечения.

Примечание. Военнослужащие, находящиеся на лечении или обследовании в гражданских специальных лечебных учреждениях, подвергаются освидетельствованию во врачебных комиссиях этих учреждений. Комиссии организуются согласно особому положению, решения их утверждаются окружными военно-врачебными комиссиями.

1132. На заседаниях госпитальной ВВК участвуют не только врачи — члены госпитальной военно-врачебной комиссии, но и лечащие врачи. Представляя военнослужащих и других лиц на освидетельствование в госпитальную комиссию, лечащие врачи докладывают об окончательном диагнозе их заболевания, представляют материалы о течении заболевания, о проведенном лечении и вносят предложения об экспертных выводах.

1133. Решения госпитальной военно-врачебной комиссии об изменении категории годности (негодности) к военной службе лиц рядового, сержантского и офицерского состава должны утверждаться военно-врачебной комиссией округа (флота, флотилии), а на генералов и адмиралов—Центральной военно-врачебной комиссией.

1134. Свидетельства о болезни направляют на утверждение вышестоящей военно-врачебной комиссии с таким расчетом, чтобы заключение этой комиссии было получено вовремя и не задержало выписки больных.

Утвержденное свидетельство о болезни не позднее чем через двое суток направляют командиру части, в которой проходит службу освидетельствованный.

---

[1] «Расписание болезней и физических недостатков, при наличии которых призываемые на действительную военную службу, поступающие в военно-учебные заведения военнослужащие и военнообязанные признаются годными, ограниченно годными и временно или вовсе негодными к прохождению военной службы или к поступлению в военно-учебные заведения», приказ Министра обороны СССР № 110 от 20 июля 1956 г.

ГЛАВА XII

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ РАБОТЫ, СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

Общие положения

1135. Патологоанатомическая работа в лечебных учреждениях Министерства обороны Союза ССР обеспечивается патологоанатомическими лабораториями военных округов, групп войск, армий, военно-морских госпиталей, Главного военного госпиталя имени Н. Н. Бурденко и Центральной патологоанатомической лабораторией при Главном военно-медицинском управлении Министерства обороны.

Общее руководство деятельностью всех патологоанатомических учреждений армии и флота осуществляет Главный патологоанатом Советской Армии и Военно-Морского Флота — начальник Центральной патологоанатомической лаборатории при Главном военно-медицинском управлении Министерства обороны.

1136. Начальник патологоанатомической лаборатории (патологоанатомического отделения) систематически докладывает руководителям медицинской службы о работе патологоанатомического учреждения и о всех существенных недочетах медицинского обслуживания, обнаруженных при изучении материалов вскрытия трупов.

1137. Врачи патологоанатомических лабораторий и отделений госпиталей обязаны:

— вскрывать трупы лиц, умерших в лечебных учреждениях Советской Армии и Военно-Морского Флота; производить гистологическое исследование органов трупа, а также клинико-анатомический анализ результатов вскрытия и всех медицинских документов; в тех случаях, когда врач патологоанатомической лаборатории почему-либо произвести вскрытие не может, в виде исключения к вскрытию трупов лиц, умерших в военных госпиталях, можно привлекать гражданских патологоанатомов и военных врачей других специальностей; их работу контролирует начальник патологоанатомической лаборатории;

— участвовать в работе комиссий по изучению смертельных исходов;

— участвовать в организации и проведении клинико-анатомических конференций;

— исследовать материалы биопсий, а также органы и ткани, удаляемые при хирургических вмешательствах;

— производить анализ смертельных исходов за определенный период и составлять отчет о работе патологоанатомического учреждения;

— вести военно-научную (научно-исследовательскую) работу; оказывать помощь в этой работе врачам других специальностей;

— участвовать в педагогической работе, проводимой на курсах усовершенствования медицинского состава (КУМС).

Патологоанатомическое вскрытие трупов

1138. Трупы лиц, умерших в лечебных учреждениях Министерства обороны Союза ССР (а также в части или на дому), при наличии прижизненного диагноза заболевания подлежат патологоанатомическому вскрытию вне зависимости от срока пребывания больного в лечебном учреждении.

Захоронение трупов без вскрытия допускается лишь при исключительных обстоятельствах под личную ответственность начальника медицинского отдела округа (группы войск, флота, флотилии, базы), который дает соответствующее письменное распоряжение начальнику патологоанатомической лаборатории или начальнику госпиталя.

1139. Если возникнет подозрение, что смерть наступила вследствие тех или иных врачебных ошибок (переливание несовместимой крови, неправильное применение лекарственных веществ, оставление тампонов или инструментов в полостях тела во время операции и т. п.), а также от наркоза, данные вскрытия трупов необходимо подвергнуть особо тщательному клинико-анатомическому изучению и в последующем незамедлительно донести о результатах начальнику госпиталя и начальнику военно-медицинского отдела округа (группы войск, флота, флотилии, базы).

1140. В случаях насильственной смерти, а также смерти от травмы, ее последствий и осложнений (вне зависимости от срока наступления смерти) или при отсутствии прижизненного диагноза заболевания (смерть в части или на дому) вскрывать труп должен судебно-медицинский эксперт.

Если во время патологоанатомического вскрытия обнаруживается (или возникает подозрение), что смерть была насильственной (убийство, самоубийство, несчастный случай), вскрытие прекращают до прибытия судебно-медицинского эксперта. Продолжать вскрытие без участия судебно-медицинского эксперта разрешается только с его санкции.

1141. После установления смерти больного труп выносят из палаты и через 2 часа доставляют в морг или в прохладное помещение, приспособленное для хранения трупов. Содержать труп в тепле или на морозе нельзя, так как в первом случае он быстро разлагается, а во втором — промерзает, что затрудняет вскрытие и не позволяет производить гистологическое исследование вследствие резкой деформации тканей.

К трупам, направляемым в морг, следует прикреплять сопроводительные бирки с указанием даты смерти, названия лечебного учреждения, отделения госпиталя, фамилии, имени, отчества и возраста умершего.

В патологоанатомическую лабораторию труп доставляется лечебным учреждением. Повязки, дренажи, шины и т. п. до вскрытия трупа не удаляют.

1142. Вскрывать труп ранее 2 часов от момента смерти запрещается.

Примечание. Вскрытие трупа ранее этого срока допускается по согласовании с начальником госпиталя лишь при условии, если смерть установлена тремя врачами.

1143. Патологоанатом приступает к вскрытию трупа только после ознакомления с историей болезни и медицинской или лечебной книжкой умершего. История болезни со всеми относящимися к ней документами доставляется в патологоанатомическое учреждение в день смерти, если она наступила до 12 часов, и не позднее 10 часов следующего дня, если смерть наступила после 12 часов. В историю болезни умершего должен быть вписан клинический эпикриз и окончательный клинический диагноз.

Историю болезни умершего подписывают лечащий врач и начальник лечебного отделения госпиталя, которые обязаны присутствовать при вскрытии трупов лиц, умерших в их отделении.

1144. Во время вскрытия, а если это невозможно, то после него составляется протокол вскрытия в двух экземплярах по установленной форме. Помимо патологоанатомического диагноза, должен быть составлен патологоанатомический эпикриз; в нем освещается динамика развития заболевания, производятся клинико-анатомические сопоставления и дается заключение о причине смерти. Протокол вскрытия и история болезни должны быть оформлены в день вскрытия.

Протокол вскрытия подписывает патологоанатом, вскрывавший труп, проверяет и визирует начальник пато-

логоанатомической лаборатории (патологоанатомического отделения).

1145. Патологоанатомический диагноз и эпикриз, а также данные о сличении анатомического и прижизненного диагноза записывают в историю болезни.

1146. В тех случаях, когда в результате гистологического и других специальных исследований органов трупа выявляются данные, существенно дополняющие или изменяющие патологоанатомический диагноз, их вносят в историю болезни умершего в виде заключения.

1147. Подлинник протокола вскрытия остается в патологоанатомической лаборатории (патологоанатомическом отделении), а копию направляют в Центральную патологоанатомическую лабораторию при Главном военно-медицинском управлении Министерства обороны.

Судебно-следственным органам копии протоколов вскрытий выдают только по личному распоряжению начальника военно-медицинского отдела округа, флота.

По просьбе начальников лечебных учреждений, а также медицинских пунктов частей, где больной находился на излечении, им выдают выписку из протокола вскрытия, в которой указывают патологоанатомический диагноз и заключение о причине смерти.

1148. Помещение, где происходило вскрытие, употреблявшиеся при этом фартуки, перчатки и инструменты по окончании вскрытия дезинфицируют.

1149. Трупы лиц, умерших от особо опасных инфекционных заболеваний, вскрывают в изолированном помещении только врачи патологоанатомической лаборатории. При вскрытии должен присутствовать представитель санитарно-эпидемиологической лаборатории (СЭЛ).

Жидкости, изливающиеся при вскрытии трупа, и сточные воды до перехода их в канализационную систему собирают в сосуд с дезинфицирующим средством (например, хлорной известью). Патологоанатом, вскрывающий труп, его помощники и все присутствующие должны быть в специальной одежде (можно использовать защитный противохимический костюм и противогаз).

Предназначенный для бактериологического исследования материал передают представителю санитарно-эпидемиологической лаборатории; отправлять его с нарочным категорически запрещается.

1150. После вскрытия тщательно дезинфицируют помещение и одежду (раствором лизола или карболовой кис-

люты). Инструменты кипятят не менее часа в растворе соды. Труп обвертывают простынями, смоченными 5% раствором лизола или мыльнофеноловым раствором, укладывают в просмоленный (или обитый железом) гроб и обильно засыпают хлорной или негашеной известью. Гроб плотно заколачивают. Родственникам тело умершего не выдают. Захоронение трупа производится лечебным учреждением.

О случаях смерти от особо опасных инфекционных заболеваний и о результатах вскрытия трупов начальник патологоанатомической лаборатории (патологоанатомического отделения) немедленно докладывает начальнику военно-медицинского отдела округа (флота) и сообщает главному эпидемиологу округа, флота.

Клинико-анатомический анализ результатов вскрытия трупов

1151. Клинико-анатомический анализ результатов вскрытия производит патологоанатом с участием лечащих врачей. При этом помимо определения характера основного заболевания, его осложнений, сопутствующих заболеваний, динамики течения болезни, причины и механизма смерти больного производится сличение прижизненного и анатомического диагнозов и выявляются основные дефекты медицинского обслуживания.

1152. Прижизненный и патологоанатомический диагнозы должны быть составлены развернуто, в патогенетической последовательности патологических процессов с указанием их локализации и характера. В диагнозах должны быть отражены основное заболевание (в соответствии с существующей нозологической номенклатурой), его осложнения, сопутствующие заболевания, а также все оперативные вмешательства, которым подвергался больной.

1153. При сличении диагнозов учитывается не только основное заболевание, но и важнейшие, особенно смертельные, осложнения и сопутствующие заболевания.

1154. Основным заболеванием считается то заболевание, которое послужило причиной смерти само по себе или в связи с обусловленными им осложнениями.

Если при вскрытии обнаружены одновременно два тяжелых заболевания, их следует считать конкурирующими основными заболеваниями (например, активный распространенный туберкулез легких и рак желудка).

1155. Под расхождением диагнозов, помимо неправильного прижизненного определения нозологической

формы заболевания, надо понимать неправильное установление этиологии и локализации патологического процесса или отсутствие указаний на них в прижизненном диагнозе. Случаи, когда в прижизненном диагнозе не отражена нозологическая форма (указан лишь симптом или синдром — желтуха, уремия, кровоизлияние в мозг), должны расцениваться как расхождение клинического и анатомического диагнозов.

1156. При сличении диагнозов учитывают только важнейшие смертельные осложнения (например, перитонит, менингит, плеврит, бронхопневмония и т. п.).

1157. К сопутствующим заболеваниям следует относить самостоятельные нозологические формы, протекающие на фоне основного заболевания или присоединяющиеся к нему, но не являющиеся причиной смерти. Учитывают только такие сопутствующие заболевания, которые могли существенно влиять на течение основного страдания (выраженный атеросклероз, распространенное туберкулезное поражение, язвенная болезнь желудка, порок сердца, злокачественные опухоли и др.).

1158. При сличении прижизненного и анатомического диагнозов различают: совпадение диагнозов основного заболевания; расхождение диагнозов основного заболевания; случаи, оставшиеся неясными.

В первой и второй группах отдельно учитывают нераспознанные смертельные осложнения и нераспознанные важнейшие сопутствующие заболевания.

Выявление основных дефектов медицинского обслуживания

1159. Для выявления дефектов медицинского обслуживания каждую историю болезни изучает комиссия, назначенная начальником госпиталя. Состав ее определяется в зависимости от характера заболевания, послужившего причиной смерти. В работе комиссии участвует врач-патологоанатом по указанию начальника окружной патологоанатомической лаборатории. При анализе смертельных исходов от эпидемических заболеваний к работе комиссии привлекают эпидемиолога.

1160. Комиссия дает свое заключение не позднее 10 суток после вскрытия. Председатель комиссии докладывает это заключение начальнику госпиталя, который в случае обнаружения дефектов медицинского обслуживания принимает соответствующие меры.

1161. Полноту и обоснованность заключений комиссий контролируют начальник окружной патологоанатомической

лаборатории и главные специалисты военно-медицинского отдела округа (флота).

1162. При разборе истории болезни отмечают дефекты работы призывных комиссий, дефекты динамического диспансерного наблюдения за больным, своевременность госпитализации и диагностики в госпиталях, а также дефекты лечебных мероприятий (неприменение, несвоевременное или недостаточное по дозам применение антибиотиков и других медикаментозных средств, необоснованность и несвоевременность оперативного вмешательства и т. п.).

Особое внимание следует уделить выяснению причин обнаруженных дефектов медицинского обслуживания, так как это поможет руководству медицинской службы разработать конкретные практические мероприятия для устранения и предупреждения подобных дефектов. Материалами патологоанатомической лаборатории, относящимися к дефектам медицинского обслуживания, офицеры военно-медицинского отдела должны пользоваться при проверке состояния лечебно-профилактического обеспечения.

Клинико-анатомические конференции

1163. Клинико-анатомические конференции проводятся с целью повышения квалификации врачей и содействия улучшению качества диагностики и лечения больных путем систематического всестороннего научного разбора смертельных исходов всем коллективом врачей лечебных учреждений и госпиталей.

1164. Клинико-анатомическая конференция — одна из обязательных форм специальной подготовки врачей лечебных учреждений Советской Армии и Военно-Морского Флота. При наличии в лечебных учреждениях смертельных исходов клинико-анатомические конференции проводятся в сроки, предусмотренные планом специальной подготовки, не реже одного раза в месяц.

1165. Организует клинико-анатомические конференции руководство госпиталя при ближайшем участии начальника патологоанатомической лаборатории (отделения).

1166. В госпиталях на 800 коек и выше, помимо общегоспитальных клинико-анатомических конференций, могут быть конференции по отделениям (хирургические, терапевтические и др.).

1167. В округах (флотах) рекомендуется раз в полугодие или в год проводить межгоспитальные клинико-анатомические конференции. Эти конференции подготавливает началь-

ник патологоанатомической лаборатории совместно с главными специалистами округа (флота). К участию в работе конференции широко привлекают главных специалистов округа (флота). Конференции целесообразно созывать одновременно с очередными сборами медицинского состава округа (флота), посвященными другим служебным вопросам.

1168. В госпиталях с небольшим количеством коек клинико-анатомические конференции рекомендуется проводить совместно с другими, близрасположенными госпиталями.

К участию в клинико-анатомических конференциях следует широко привлекать врачей частей и гарнизона.

1169. Председателем клинико-анатомической конференции, помимо начальника госпиталя или его заместителя по медицинской части, может быть один из наиболее опытных лечащих врачей или патологоанатом.

Председателем межгоспитальной клинико-анатомической конференции начальник медицинского отдела округа (флота) назначает одного из ведущих специалистов (включая и начальника окружной патологоанатомической лаборатории).

Назначать председателем клинико-анатомической конференции врача, принимавшего непосредственное участие в лечении больного, нецелесообразно, особенно в тех случаях, когда была допущена диагностическая ошибка или имелись недочеты в лечении больного.

1170. На клинико-анатомических конференциях должны обсуждаться все смертельные исходы. Особое внимание уделяется разбору случаев с расхождением прижизненного и патологоанатомического диагнозов, случаев, в которых обнаружены дефекты лечебно-профилактической и диагностической работы, а также случаев, демонстрирующих высокое качество медицинского обслуживания или представляющих научно-практический интерес. В госпиталях с количеством коек 800 и выше вопрос о разборе случаев смерти на клинико-анатомической конференции решает начальник госпиталя или его заместитель по медицинской части.

1171. При проведении клинико-анатомической конференции обязательно используют материалы комиссий по изучению смертельных исходов.

1172. На конференции историю болезни докладывает лечащий врач. Он не должен ограничиваться только зачитыванием истории болезни, а обязан подробно, но без излишних деталей, всесторонне осветить развитие данного заболевания.

Наиболее ответственной частью выступления лечащего врача является эпикриз с обоснованием диагностики и лечебных мероприятий. Свое выступление лечащий врач обязан подкрепить литературными данными. Оно должно быть подготовлено заранее в виде реферата.

1173. Патологоанатом в своем выступлении должен изложить данные об основных анатомических изменениях, обнаруженных при вскрытии трупа, привести развернутый патологоанатомический диагноз, результаты гистологического исследования органов трупа, заключение о патогенезе найденных изменений и причине смерти, а также указать на обнаруженные дефекты медицинского обслуживания. Доклад следует иллюстрировать литературными справками, диапозитивами и препаратами органов.

1174. Рефераты своих выступлений патологоанатом и лечащий врач сдают секретарю конференции.

1175. Для более углубленного разбора смертельных исходов на конференции рекомендуется заблаговременно назначать оппонентов из числа наиболее опытных и эрудированных врачей соответствующей специальности. В задачу оппонента входит критический разбор качества медицинского обслуживания, начиная от медицинского пункта части и кончая госпиталем, где больной умер.

1176. Протокол конференции ведет специально выделенный для этого врач госпиталя.

1177. Все материалы, относящиеся к умершему (история болезни с медицинской или лечебной книжкой, акт комиссии, протокол клинико-анатомической конференции, рефераты докладчиков), направляют начальнику патологоанатомической лаборатории округа, патологоанатомического отделения военно-морского госпиталя для изучения и заключения совместно с соответствующими окружными (флагманскими) специалистами.

Исследование материалов биопсий, а также органов и тканей, удаленных при хирургических вмешательствах

1178. Обязательному гистологическому исследованию подвергают кусочки органов и тканей, иссеченные с диагностической целью, и все органы и ткани, удаленные при хирургических вмешательствах. Исключение из этого правила допускается по отношению к миндалинам, грыжевым мешкам, аденоидам и соскобам из полости матки после абортов по медицинским показаниям.

Исследование материалов биопсий проводится с целью установить характер заболевания или подтвердить предположительный диагноз лечащего врача.

1179. В случае смерти после операции прижизненную диагностику основного страдания невозможно учесть, если в патологоанатомическую лабораторию не будут представлены удаленные при операции органы и ткани, так как патологоанатом при вскрытии трупа может не найти морфологических данных, подтверждающих наличие заболевания (например, в случаях смерти после аппендэктомии, резекции желудка и т. п.; без гистологического исследования удаленных органов в патологоанатомическом диагнозе указывается лишь «состояние» после аппендэктомии или резекции желудка по невыясненному поводу).

При сличении прижизненного и патологоанатомического диагнозов такие случаи расцениваются как не имеющие прижизненного диагноза.

1180. В тех случаях, когда патологоанатомическое учреждение расположено на территории госпиталя, материал для исследований необходимо доставлять немедленно после операции в нефиксированном виде. Если это невозможно, материал помещают в стеклянную посуду с фиксирующей жидкостью (10—15% раствор формалина). Объем фиксирующей жидкости должен превышать объем фиксируемого материала не менее чем в 10 раз. Хранить материал без фиксации нельзя. На посуде должна быть наклейка, на которой указывают фамилию и инициалы больного. Помещать в одну посуду несколько объектов исследования от разных больных разрешается только при условии, если каждый объект будет отдельно завязан в марлю с биркой. На бирке простым (черным) карандашом проставляют фамилию больного, у которого взят материал для исследования. Бирка должна быть сделана из белого картона, не размокающего в жидкости.

1181. Хранить предназначенный для исследования материал на морозе нельзя, так как при его промерзании ткани деформируются, вследствие чего микроскопическое исследование оказывается невозможным.

1182. На каждый предназначенный для исследования объект заполняют специальный бланк таким образом, чтобы патологоанатом, производящий исследование, при оценке морфологических изменений имел достаточно клинических сведений. В случае повторной биопсии лечащий врач обязан указать номер предыдущего исследования (или гистологиче-

ский диагноз, если исследование производилось в другой лаборатории).

Хирург должен заполнить бланк немедленно по окончании операции (лицам среднего медицинского персонала заполнять его не разрешается). Бланк отсылают в патологоанатомическое учреждение вместе с подлежащим исследованию материалом.

1183. Ответственность за доставку материала, направляемого в патологоанатомическое учреждение немедленно после операции, несет хирург, производивший операцию. Материал доставляют в патологоанатомическую лабораторию сотрудники лечебного отделения госпиталя. Если из-за условий размещения патологоанатомического учреждения немедленно отослать материал невозможно, хирург, производивший операцию, обеспечивает правильную его фиксацию и сохранность (это выполняет средний медицинский персонал). В этом случае доставку материала в патологоанатомическое учреждение организует начальник медицинской части госпиталя (с нарочным или по почте). Если к моменту отсылки материал находился в фиксирующей жидкости более суток, его можно посылать в вате, смоченной формалином, обернув клеенкой или пергаментной бумагой. Отсылать материал необходимо с таким расчетом, чтобы результаты исследования можно было получить еще в период пребывания больного в госпитале. Задерживать объекты исследования на длительный срок, а затем отсылать их в патологоанатомическое учреждение большими партиями недопустимо.

1184. Бланк с заключением патологоанатома подклеивают к истории болезни в день его получения из патологоанатомического учреждения, а заключение о результатах гистологического исследования записывают в нее.

1185. Кусочек ткани, удаленный с целью биопсии, категорически запрещается делить на части и посылать в различные патологоанатомические учреждения. В противном случае морфологические изменения, характерные для данного процесса (рак, туберкулез и др.), могут оказаться только в одной части объекта, а следовательно, и результаты исследования будут различными. Это может дезориентировать лечащих врачей и нанести вред больному.

В случае сомнения в правильности патологоанатомического заключения рекомендуется направить гистологические препараты более компетентным специалистам для консультации.

1186. При патологоанатомическом обследовании обязательно макроскопическое описание объекта. Патологоанатом помимо диагноза должен дать краткое описание обнаруженных изменений при микроскопическом исследовании.

1187. Заключение по биопсиям должно быть дано, как правило, не позднее трех суток после получения материала. Кроме того, в каждой патологоанатомической лаборатории (патологоанатомическом отделении) должна быть обеспечена возможность экстренно (по ходу операции) производить биопсию.

ОРГАНИЗАЦИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ [1]

Общие положения

1188. Проведение судебно-медицинской экспертизы может быть поручено не только штатному эксперту судебно-медицинской лаборатории военного округа (флота, флотилии), но в порядке ст. 193 Уголовно-процессуального кодекса РСФСР [2] и соответствующих ей статей уголовно-процессуальных кодексов союзных республик — любому врачу, независимо от его врачебной специальности.

1189. К проведению судебно-медицинской экспертизы, для осмотра места происшествия, для судебно-медицинского исследования трупа, освидетельствования живого человека, помощи в выявлении и изъятии вещественных доказательств допускается привлекать только врачей.

1190. Судебно-медицинская экспертиза проводится только на основании постановления органов расследования, определения суда или приказания командования. Проводить экспертизу по требованию учреждений, не имеющих права

---

[1] Судебно-психиатрическую экспертизу согласно приказу НКО № 225 от 15/V 1943 г. может проводить только врач-психиатр. Врачам, не имеющим специальной психиатрической подготовки, давать заключения о вменяемости и ответственности запрещается.

[2] Везде указаны статьи Уголовного и Уголовно-процессуального кодексов РСФСР. На территориях союзных республик действуют уголовные и уголовно-процессуальные кодексы данной союзной республики.

дознания, а также по требованию отдельных (частных) лиц запрещается.

1191. Врачи, выполняя обязанности судебно-медицинских экспертов, действуют на основании соответствующих статей Уголовного и Уголовно-процессуального кодексов РСФСР, приказа Военного Министра СССР № 2 от 3/I 1953 г. и существующих руководств.

1192. Перед проведением экспертизы врач-эксперт имеет право ознакомиться со следственным материалом в объеме, определяемом следователем.

В случае если врачу-эксперту не будет представлен следственный материал для ознакомления или объем представленного материала окажется недостаточным, врач-эксперт на основании примечания к ст. 171 УПК РСФСР составляет мотивированный акт о невозможности дать заключение и указывает, какие документы и материалы ему должны быть представлены дополнительно.

1193. Если врач-эксперт, проводивший исследование, не может ответить на вопросы, поставленные перед ним следователем, он должен отказаться от дачи заключения, составив об этом мотивированный акт.

1194. Врачи-эксперты при проведении экспертиз имеют право пользоваться помещением, оборудованием и материалами лечебных учреждений, консультацией медицинских специалистов и подлинными медицинскими документами. Начальники и специалисты военно-лечебных учреждений обязаны оказывать врачам-экспертам необходимое содействие и помощь.

1195. В интересах полноты и объективности заключения к участию в экспертизе следует привлекать соответствующих специалистов. Комиссионно проводится экспертиза в делах о симуляциях, о сложных случаях самоповреждений, о привлечении лиц медицинского персонала к уголовной ответственности за профессионально-должностные правонарушения.

1196. Эксперты не должны разглашать данные по делу или результаты экспертизы, за разглашение они несут уголовную ответственность (по ст. 96 УК РСФСР). Однако при обнаружении во время экспертизы или в связи с нею каких-либо недочетов в лечебно-профилактическом обеспечении войск врач-эксперт обязан немедленно доложить об этом по команде.

1197. По всем неясным вопросам судебно-медицинской экспертизы врач-эксперт должен обращаться в судебно-медицинскую лабораторию военного округа (флота, флотилии).

Частные указания по проведению экспертиз

1198. Врач, проводящий судебно-медицинскую экспертизу, должен помнить, что поверхностный подход к экспертным выводам недопустим и что от его заключения может зависеть правильность решения по уголовному делу. Поэтому заключение эксперта должно быть научно обоснованным, без каких-либо домыслов, не подкрепленных объективными данными.

1199. Врач-эксперт при необходимости должен прибегать к стационарному обследованию, а также широко пользоваться дополнительными лабораторными методами исследования (гистологическим, судебно-химическим, биологическим, криминалистическим, рентгенологическим, бактериологическим и т. п.).

1200. Освидетельствования живых лиц и исследования трупов должны выполняться при хорошем естественном освещении. Если экспертиза проводилась при искусственном свете, об этом надо обязательно упомянуть в вводной части экспертизы.

1201. К проведению экспертизы надо приступать без промедления, так как в случае задержки признаки, на которых могло быть основано заключение эксперта (обработка раны, заживление ее, гнилость трупа и т. п.), могут измениться или исчезнуть.

1202. Определение рода смерти или травмы (несчастный случай, убийство, самоубийство, самоповреждение и т. п.), а также решение вопроса об умысле или виновности в обязанности судебно-медицинского эксперта не входит.

1203. Врач, привлеченный к осмотру места происшествия, должен решить вопросы, имеющие существенное значение для правильного хода расследования:

— определить время наступления смерти;

— установить происхождение повреждений;

— осмотреть медикаменты, найденные на месте происшествия;

— участвовать в отыскании, осмотре и изъятии вещественных доказательств, т. е. предметов, которые служили орудием совершения преступления, сохранили на себе следы преступления, были объектами преступления, а

также всех иных предметов и документов, которые могут служить средствами к обнаружению преступлений и к открытию виновных (к вещественным доказательствам, в частности, относятся предметы обмундирования со следами действия огнестрельного или иного оружия, крови, а также оружие, боеприпасы, медикаменты и др.).

1204. Врач-эксперт, проводящий исследование (освидетельствование), обязан принять меры к сохранению вещественных доказательств для последующей передачи их лицу, ведущему расследование по делу.

1205. О всех случаях, подозрительных на самоповреждение, симуляцию или аггравацию, лечащие врачи обязаны немедленно докладывать по команде, а начальники военно-лечебных учреждений (старшие врачи частей, начальники медицинской службы военных учебных заведений) — сообщать военному прокурору.

1206. При освидетельствовании в связи с подозрением на самоповреждение эксперт определяет, каким орудием оно было нанесено, расстояние, с которого нанесено (при огнестрельных повреждениях), и дает свое заключение о соответствии или несоответствии характера повреждения версии о его происхождении, выдвигаемой свидетельствуемым.

1207. При освидетельствовании живых лиц и экспертизе трупов следует строго придерживаться правил, изложенных в соответствующих руководствах [1].

1208. Судебно-медицинскому вскрытию подвергают трупы лиц, погибших насильственной смертью (убийство, самоубийство, несчастные случаи), лиц, умерших скоропостижно, и трупы неизвестных. Кроме того, вскрывают трупы лиц, умерших в лечебных учреждениях, если они находились там менее одних суток и диагноз заболевания их не был установлен, и трупы лиц, причина смерти которых неизвестна.

1209. При судебно-медицинском исследовании трупа всегда вскрывают и исследуют черепную, грудную и брюшную полости, вскрывают, исследуют и описывают каждый внутренний орган.

Давать заключение о причине смерти на основании только наружного осмотра или неполного вскрытия, даже при отсутствии каких-либо сомнений, категорически запре-

---

[1] При подозрении на алкогольное опьянение освидетельствование проводится согласно Инструкции о порядке медицинского освидетельствования лиц, направляемых для установления у них состояния алкогольного опьянения (ГВМУ, 1957 г.)

щается, так как это может привести к тяжелым экспертным ошибкам.

1210. Дополнительные лабораторные (судебно-медицинские, судебно-химические и криминалистические) исследования проводятся в судебно-медицинских лабораториях военных округов (флотов) или Центральной судебно-медицинской лаборатории при Главном военно-медицинском управлении Министерства обороны, а также в бюро судебно-медицинской экспертизы области, края, автономной республики.

Документальное оформление экспертизы

1211. Каждая проведенная экспертиза (вскрытие, освидетельствование и т. д.) обязательно оформляется актом.

Акт экспертизы состоит из введения, описательной части и заключения.

В введении указывают: дату и место проведения экспертизы, по чьему предложению и кем она проводится, фамилию, имя, отчество, возраст лица, подвергающегося экспертизе, кто присутствует при экспертизе, цель ее, краткие обстоятельства дела, известные эксперту к моменту начала проведения экспертизы.

В описательной части акта излагают весь ход исследования и все обнаруженные при этом фактические данные.

При описании какого-либо органа указывают его состояние, размеры, цвет, консистенцию, степень кровенаполнения и т. д.; при описании повреждения отмечают его точную локализацию, характер, форму и размеры, какие у него края и ряд других особенностей.

В этой части акта не допускается проставлять какие-либо выводы или диагноз. Описательную часть акта подписывают эксперт и лица, присутствующие при экспертизе.

В заключительной части акта эксперт должен привести научно обоснованные выводы, полностью вытекающие из описательной части акта, и ответы на заданные ему вопросы. Заключение подписывает только эксперт (эксперты).

Если экспертиза проводилась комиссионно, в случае несогласия одного из экспертов с заключением он выносит особое мнение.

1212. После освидетельствования живого лица составляют судебно-медицинское свидетельство (акт) и заполняют карточку экспертизы. Свидетельство (акт) выдают органам

расследования или командованию, а карточку экспертизы — судебно-медицинскому эксперту военного округа.

1213. При каждом судебно-медицинском вскрытии составляют акт судебно-медицинского исследования трупа и карточку судебно-медицинской секции. Акт выдают лицу, ведущему расследование по делу, а карточку секции направляют судебно-медицинскому эксперту военного округа.

1214. Заключение по акту должно быть дано не позднее трех суток после окончания экспертизы, если нет необходимости в дополнительных лабораторных исследованиях (гистологическом, судебно-химическом, биологическом, криминалистическом, бактериологическом и т. п.).

1215. Начальник судебно-медицинской лаборатории округа карточки секций и экспертиз представляет ежемесячно в Центральную судебно-медицинскую лабораторию при Главном военно-медицинском управлении Министерства обороны.

Судебно-психиатрическая экспертиза

1216. Судебно-психиатрическая экспертиза военнослужащих производится только по предложению военно-следственных органов (военного дознавателя, прокурора, Военного Трибунала).

При направлении на экспертизу следователь обязан изложить вопросы, на которые должен ответить эксперт.

Выполнение обязанностей эксперта является государственным долгом.

Врач, привлекаемый в качестве эксперта, обязан явиться по вызову суда и следователя, участвовать в судебном процессе, отвечать на поставленные судом и следствием вопросы.

Эксперт обязан давать заключение в строгом соответствии с установленными следствием данными и научными медицинскими знаниями.

1217. Основная задача судебно-психиатрической экспертизы — решение вопроса о вменяемости во время совершения правонарушения. Причиной, устраняющей вменяемость, является психическое заболевание (медицинский критерий), но только в том случае, если болезнь достигла глубины, степени, исключающей возможность давать себе отчет в своих действиях или руководить ими (юридический критерий). Следовательно, для признания невменяемости необходимо установление совпадения обоих критериев — медицинского и юридического в период совершения

правонарушения. Одно наличие психической болезни не может обусловить невменяемость.

1218. Для получения полного и научно обоснованного судебно-психиатрического заключения необходимо использовать все доступные медицинские методы исследования.

1219. Судебно-психиатрическая экспертиза может проводиться амбулаторно или в условиях стационара.

Заочная экспертиза проводится по делам о самоубийствах.

Амбулаторная экспертиза ограничивается относительно простыми и ясными случаями, где наличие или отсутствие психического заболевания ни у кого из экспертов не вызывает сомнения.

Стационарная экспертиза является обязательной во всех случаях, когда перед экспертами ставится вопрос не только о вменяемости, но и о годности к военной службе подэкспертного.

Стационарная экспертиза является также обязательной во всех случаях привлечения к судебной ответственности по ст. 193-12 УК РСФСР (симуляция или аггравация болезни).

1220. Судебно-психиатрическая экспертиза производится, как правило, в комиссии. В исключительных случаях по указанию следственных органов может производиться единолично.

1221. Каждое судебно-психиатрическое освидетельствование оформляется актом, отражающим всю работу, проделанную экспертом.

Во вступительной части акта указывается: лицо, направившее на экспертизу (по предложению следователя, по определению Военного Трибунала); в каком составе и какими должностными лицами производилась экспертиза; в каком лечебном учреждении и по какому поводу. Указывается инкриминируемая статья, коротко излагаются обстоятельства дела.

В описательной части клинические данные излагаются так, чтобы выводы из них вытекали логически. Необходимо избегать пользоваться редко употребляемыми иностранными и специально-медицинскими терминами, заменять их, где это возможно, русскими обозначениями. Акт пишется для судебно-следственных органов, а не для специалистов-врачей, поэтому в нем следует главным образом приводить клинические данные, необходимые для обоснования диагноза.

В акте должны быть изложены жалобы больного, сведения о прошлых заболеваниях испытуемого со ссылкой

на данные, подтверждающие эти сведения; история жизни и заболевания. Подробно излагается физическое, неврологическое и психическое состояние обследуемого. Последнее дается в плане развернутого и последовательного клинического описания (дается оценка состоянию сознания, указывается наличие или отсутствие бреда, галлюцинаций, состояние эмоциональной сферы, памяти, интеллекта).

Приводятся данные лабораторных исследований. Из материалов дела заносятся данные, имеющие значение для обоснования диагноза и экспертного заключения.

В заключительной части акта излагается: оценка психического состояния; при наличии заболевания — диагноз и вытекающее из него заключение о вменяемости или невменяемости в момент совершения инкриминируемого преступления. Здесь же излагаются ответы на поставленные судебно-следственными органами вопросы.

Акт экспертизы составляется и подписывается лицами, фактически производившими экспертизу, и не требует утверждения должностными лицами, которым по службе подчинены эксперты.

1222. Заключение эксперта должно быть достоверным и категоричным, не допускающим толкований. Предположительное мнение недопустимо, так как может только дезориентировать суд и следствие. Это положение относится ко всем видам экспертиз, включая заочную экспертизу.

В тех случаях, когда эксперт не может дать точного и определенного заключения или точно и определенно ответить на поставленные вопросы, он должен об этом заявить, сославшись на обстоятельства, исключающие возможность дачи требуемого заключения (отсутствие в деле необходимых сведений, необходимость дополнительных исследований, продления наблюдения и т. п.).

1223. Срок содержания испытуемого на экспертизе не должен превышать 30 дней. В случаях невозможности вынести окончательное заключение о психическом состоянии и вменяемости в указанный срок выносится мотивированное заключение о необходимости продления срока испытания, о чем извещается лицо, направившее испытуемого на экспертизу.

1224. В тех случаях, когда у Военного Трибунала возникает необходимость узнать мнение эксперта о мерах со-

циальной защиты медицинского характера в отношении обвиняемого, признанного невменяемым, эксперт может рекомендовать одну из следующих мер медицинского характера:

— принудительное лечение в общих психиатрических больницах по месту жительства;

— принудительное лечение в специальных психиатрических учреждениях;

— лечение в психиатрической больнице или колонии на общих основаниях;

— отдача на попечение родных или опекунов и одновременно под врачебное наблюдение.

1225. В специальные больницы направляются больные, требующие длительного лечения и изоляции в силу серьезной своей опасности для общества, обусловленной тяжестью психического заболевания (преимущественно больные с тяжелыми и упорными агрессивными поступками и действиями).

1226. Если перед экспертами ставился вопрос о вменяемости и годности к военной службе, во всех случаях признания подэкспертного негодным к военной службе, кроме акта судебно-психиатрической экспертизы, должно быть оформлено военно-врачебной комиссией свидетельство о болезни, которое подлежит утверждению вышестоящей ВВК округа (флота, группы войск).

ГЛАВА XIII

ОРГАНИЗАЦИЯ ВОЕННО-НАУЧНОЙ И РАЦИОНАЛИЗАТОРСКОЙ РАБОТЫ

Общие положения

1227. Военно-научная работа в области медицины является одним из важнейших средств дальнейшего улучшения лечебно-профилактического обеспечения войск, и следовательно, способствует повышению боевой готовности личного состава Советской Армии и Военно-Морского Флота.

1228. Все начальники медицинской службы должны обращать большое внимание на вопросы, связанные с организацией военно-научной работы и руководством ею, всемерно

поощрять офицеров и генералов медицинской службы, занимающихся научной работой.

1229. Военно-научная работа в области военной медицины должна проводиться на основе марксистского диалектического метода, в соответствии с решениями Коммунистической партии Советского Союза, постановлениями Советского правительства, приказами и директивами Министра обороны СССР и Генерального Штаба, а также с указаниями заместителя Министра обороны СССР — начальника Тыла Министерства обороны СССР и начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны.

1230. При научной разработке исследуемых вопросов должны быть учтены современные достижения отечественной и зарубежной науки и техники, опыт военно-медицинской службы.

1231. Научная работа в области военной медицины проводится с целью:

— развить теорию и практику военно-медицинской науки;

— способствовать дальнейшему совершенствованию лечебно-профилактического обеспечения Советской Армии и Военно-Морского Флота;

— повысить уровень теоретической и практической подготовки военно-медицинских кадров.

1232. К основным формам военно-научной работы в области медицины относятся:

— разработка докладов, научных отчетов, военно-медицинских теоретических, исторических, критических и других трудов, имеющих военно-медицинское значение, с целью использования их на научных конференциях и совещаниях, опубликования в военных, военно-медицинских и медицинских журналах и других периодических изданиях;

— исследования и обобщения результатов опытных учений, военных игр, различного рода испытаний военной и военно-медицинской техники;

— разработка проектов наставлений, руководств, инструкций, учебников, учебных пособий, а также научно-методических трудов по вопросам обучения и воспитания военно-медицинского состава;

— разработка и защита диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук;

— предложения в области рационализации и изобретательства.

1233. При проведении научных исследований надо ис-

пользовать такие формы военно-научной работы, которые соответствуют характеру и содержанию исследуемых вопросов, задачам, стоящим в области боевой и специальной подготовки войск, и условиям, в которых работает медицинская служба.

Научно-исследовательскую работу могут проводить как отдельные авторы, так и коллективы. Наиболее сложные проблемы целесообразно разрабатывать комплексно (с привлечением нескольких авторов или авторских коллективов по различным медицинским специальностям).

1234. Планирование военно-научной работы в области медицины и общее руководство ею осуществляется Главным военно-медицинским управлением Министерства обороны.

1235. Начальники медицинской службы всех степеней являются непосредственными организаторами военно-научной работы. На них возлагается ответственность за обеспечение своевременного и высококачественного выполнения планов военно-научной работы во всех подчиненных им медицинских частях и учреждениях.

Они обязаны:

— ставить задачи по военно-научной работе в области медицины и выдвигать вопросы для исследования в подчиненных им медицинских частях и учреждениях, исходя из практических потребностей войск и медицинской службы;

— практически проверять теоретические положения научных исследований и широко внедрять в практику работы медицинской службы результаты военно-научной работы;

— изучать и обобщать результаты работы медицинской службы на различных учениях;

— изучать и обобщать опыт лечения и профилактики заболеваний в госпиталях и воинских частях;

— вовлекать в военно-научную работу личный состав военно-медицинской службы;

— всемерно развивать работу по изобретательству и рационализации;

— контролировать выполнение военно-научной работы.

Планирование военно-научной работы

1236. При планировании военно-научной работы составляются годовые, а также (Военно-медицинской ордена Ленина академией имени С. М. Кирова и научно-исследовательскими институтами) перспективные планы на ряд лет.

В план военно-научной работы медицинской службы округа (группы войск), флота (флотилии) должны быть включены наиболее важные и актуальные проблемы и темы, в том числе темы военных кафедр медицинских институтов. В планы работы медицинской службы воинских частей и учреждений — все темы, принятые для разработки.

При планировании необходимо учитывать реальные возможности выполнения каждой темы.

В планах военно-научной работы должны быть указаны проблемы, темы, дана краткая аннотация каждой темы с обоснованием ее включения в план, указаны исполнители, время начала и окончания работы, предполагаемые результаты (статья, доклад, инструкция, приказ, диссертация и т. д.).

У исполнителя каждой темы должен быть свой план ее выполнения; в нем указывается объем намеченной работы по этапам и срок выполнения каждого этапа исследования.

Важное значение имеет реализация итогов военно-научной работы. Начальник учреждения, в котором выполнялось и было закончено научное исследование, принимает решение о формах и путях реализации предложений, сделанных исполнителями темы.

1237. В планировании и проведении военно-научной работы в области медицины большая роль принадлежит главным медицинским специалистам округов (флагманским специалистам) и ведущим специалистам госпиталей. Они должны быть научными руководителями тем (по своей специальности), которые разрабатываются в округе, госпитале. Каждый гарнизонный госпиталь должен быть организующим центром военно-научной работы в гарнизоне.

Научно-методический совет при начальнике медицинской службы округа (группы войск), флота (флотилии) и научно-методическое бюро при начальнике госпиталя

1238. В качестве нештатного совещательного органа по вопросам военно-научной работы при начальнике военно-медицинского отдела округа (группы войск), флота (флотилии) создается научно-методический совет. Председателем совета является начальник военно-медицинского отдела. В состав совета входят 12—15 членов из числа ведущих специалистов округа, офицеров и генералов медицинской службы, имеющих большой опыт работы в соединениях и частях, начальник курсов усовершенствования офицеров медицинской службы, начальник окружного военного госпи-

таля и начальник экспериментальной лаборатории (где она имеется). Обязанности секретаря совета возлагаются на одного из офицеров военно-медицинского отдела по указанию начальника отдела. Состав научно-методического совета утверждается заместителем командующего войсками округа (группы войск), заместителем командующего флотом (флотилией) по тылу.

1239. Научно-методический совет при начальнике медицинской службы округа (группы войск), флота (флотилии):

— рассматривает и намечает проблемы и темы, разработка которых целесообразна и возможна в условиях округа;

— намечает исполнителей принятых тем, обеспечивая всестороннюю и комплексную их разработку.

— рассматривает планы военно-научной работы медицинских учреждений округа и план военно-научной работы по медицинской службе округа в целом;

— заслушивает и обсуждает доклады ведущих медицинских специалистов о ходе выполнения военно-научной работы и доклады начальников медицинских учреждений о выполнении планов работы;

— обсуждает годовые отчеты о военно-научной работе медицинских учреждений округа и годовой отчет о военно-научной работе по округу в целом;

— заслушивает и обсуждает сообщения авторов наиболее важных военно-научных или изобретательских работ, выполненных в округе, апробирует и рекомендует эти работы для реализации;

— обсуждает планы и программы научно-медицинских конференций округа, а также тезисы докладов на них;

— заслушивает и обсуждает доклады о работе бюро по рационализации и изобретательству в области военной медицины, знакомится с предложениями и разрабатывает пути их реализации;

— обсуждает мероприятия по внедрению достижений советской медицины в практику работы военно-медицинской службы в частях и учреждениях округа;

— заслушивает и обсуждает объяснительные записки к годовым медицинским отчетам;

— обсуждает заболеваемость в частях округа и рекомендует мероприятия по предупреждению заболеваний.

1240. Заседания научно-методического совета при начальнике военно-медицинского отдела округа созываются в соответствии с планом работы совета, но не реже одного раза в квартал. В своей работе научно-методический совет

поддерживает постоянную связь с Ученым медицинским советом при начальнике Главного военно-медицинского управления Министерства обороны.

1241. В окружных и крупных гарнизонных госпиталях в качестве нештатного совещательного органа по вопросам, связанным с военно-научной работой, создается научно-методические бюро. Председателем бюро является начальник госпиталя. В состав научно-методического бюро входят 8—12 членов из числа ведущих специалистов госпиталя и врачей частей гарнизона. Персональный состав научно-методического бюро согласовывается с начальником медицинской службы соединения (гарнизонным врачом) и утверждается начальником медицинской службы округа.

1242. Научно-методическое бюро при начальнике госпиталя:

— намечает темы, разработка которых целесообразна и возможна в условиях данного госпиталя и гарнизона;

— намечает исполнителей принятых тем, обеспечивает всестороннюю и комплексную разработку их;

— обсуждает темы, выдвигаемые отдельными офицерами медицинской службы, для включения их в общий план военно-научной работы госпиталя;

— рассматривает и рекомендует для утверждения планы военно-научной работы отделений госпиталя и план военно-научной работы по госпиталю в целом;

— заслушивает и обсуждает доклады начальников медицинских отделений о ходе выполнения планов работы;

— обсуждает годовые отчеты о военно-научной работе отделений госпиталя и годовой отчет о военно-научной работе по госпиталю в целом;

— заслушивает и обсуждает сообщения авторов военно-научных работ, выполняемых в госпитале;

— обсуждает планы и программы научных медицинских конференций госпиталя, а также тезисы докладов на них;

— рассматривает вопросы, связанные с методикой запланированных научных исследований;

— изучает доклады о работе комиссии по рационализации и изобретательству, а также разрабатывает мероприятия по реализации принятых к использованию рационализаторских предложений;

— обсуждает планы специальной подготовки личного состава госпиталя;

— обсуждает мероприятия по внедрению достижений советской медицины в госпитале;

— намечает формы связи с учреждениями медицинской службы округа и научно-исследовательскими учреждениями Министерства обороны и Министерства здравоохранения и рекомендует мероприятия по оказанию консультативной помощи в области военно-научной работы учреждениям медицинской службы округа;

— обсуждает вопросы, связанные с организацией и проведением лечебных мероприятий по отделениям госпиталя, и делает предложения по улучшению качества лечебной помощи.

Заседания научно-методического бюро созываются не реже одного раза в 2 месяца.

Научно-методическое бюро постоянно связано по работе с научно-методическим советом при начальнике медицинской службы округа, перед которым и отчитывается в своей деятельности.

Окружные и госпитальные научные конференции

1243. Большое значение для развития военно-медицинской науки имеют научные конференции, организуемые медицинской службой округов с целью обсуждения наиболее актуальных вопросов военной медицины, в том числе разрабатываемых в округе. В результате дискуссии, развернутой по доложенным на конференции работам, должно быть вынесено конкретное решение, отражающее итоги обсуждения и содержащее практические выводы из проведенной разработки для военно-медицинской службы.

1244. При планировании окружной конференции прежде всего определяется ее тематическая направленность. На обсуждение ставят одну—две научные проблемы из числа имеющих наиболее актуальное значение для военно-медицинской службы в целом или для медицинской службы данного округа.

В докладах, включаемых в программу конференции, должны быть всесторонне освещены вопросы, связанные с разработкой данной темы в округе. Главные специалисты округа обязаны предварительно отредактировать эти доклады. Включать в программу несколько однородных докладов не следует, рекомендуется 2—3 таких доклада обобщать в один в порядке соавторства исполнителей. Раздел конференции, посвященный обсуждению данной проблемы, планируется так, чтобы на прения было отведено 35—40% всего времени конференции. Участники конференции должны быть заранее ознакомлены с основными положениями до-

кладов. После прений председательствующий (или главный специалист по данному вопросу) делает заключение и по докладу принимается решение.

Кроме одного—двух разделов конференции, посвященных ее основной тематике, может быть предусмотрен раздел «Разное», в который включаются доклады на различные темы. На него следует отвести не более 10—20% всего времени конференции. В этом разделе не всегда возможны обобщения, однако прения по докладам обязательны и проводятся с целью критически обсудить доложенные работы и дать им оценку.

1245. В госпиталях важное значение имеют научные врачебные и клинико-анатомические конференции, которые планирует и подготавливает начальник медицинской части (заместитель начальника по научной работе). Конференции могут созываться для всего врачебного состава госпиталя (общеврачебные) и для отдельных специалистов (терапевтов, хирургов и пр.).

1246. Тематикой научной врачебной конференции могут быть:

— разбор больных, заболевание которых представляет клинический и научный интерес;

— доклады врачей о проделанной ими военно-научной работе;

— итоги профилактических мероприятий по снижению заболеваемости, проводимых в воинских частях;

— анализ заболеваемости по годовому отчету госпиталя, а также по отдельным видам заболеваемости за несколько лет;

— доклады о новых методах исследования и лечения;

— вопросы организации медицинского обеспечения войск, связанные с практической деятельностью госпиталя;

— реферативные сообщения по периодической медицинской литературе, в том числе по вопросам организации и оказания медицинской помощи в условиях применения противником средств массового поражения, по вопросам истории военной медицины и т. д.;

— организация медицинской работы в отделениях, организация лечебного питания, вопросы связи работы госпиталя с поликлиниками, воинскими частями и т. д.

В процессе подготовки конференции заместитель начальника госпиталя по медицинской части (заместитель по научной работе) должен ознакомиться с докладами, которые

будут заслушаны на конференции. Врачей госпиталя и войсковых врачей гарнизона необходимо оповестить заранее о тематике конференции.

Экспериментальные лаборатории

1247. В проведении научных исследований в области военной медицины, а также в широком привлечении войсковых врачей и врачей госпиталей к научно-исследовательской работе в округе большую роль призвана сыграть хорошо организованная работа экспериментальных лабораторий, которые создаются в крупных госпиталях.

Экспериментальная лаборатория разрабатывает вопросы патологической физиологии, имеющие прямое отношение к патологии человека и к лечебной практике. Лаборатория должна:

— оказывать помощь врачам частей и госпиталей по внедрению в практику работы физиологических методов исследования;

— экспериментально изучать вопросы клинической патологии и давать обоснование различным эмпирическим методам, применяемым в госпитале;

— ставить на животных испытания новых методов лечения, оперативных вмешательств, действия лекарственных веществ, физических методов лечения;

— пропагандировать достижения современной нормальной и патологической физиологии.

Базой для работы экспериментальной лаборатории являются все медицинские отделения, кабинеты, лаборатории госпиталя и виварий.

1248. Начальник экспериментальной лаборатории подчиняется начальнику медицинской части и является одним из ответственных организаторов военно-научной работы в госпитале.

Он обязан:

— организовывать исследования физиологических функций у больных и ставить эксперименты на животных с целью внедрить в практику работы госпиталя физиологические методы исследования;

— оказывать консультативную помощь войсковым врачам, врачам-клиницистам госпиталя в вопросах методики и техники физиологических исследований и экспериментов, а также в оценке полученных результатов и руководить этими исследованиями;

— обеспечивать условия для проведения физиологических исследований у людей, а также для постановки острых и хронических опытов на животных;

— устанавливать и поддерживать постоянную связь с научно-исследовательскими институтами и кафедрами медицинских институтов по разделам экспериментальной патологии;

— поддерживать связь с военными врачами округа с целью оказания им необходимой помощи в научной работе путем консультаций, а также постановки (при необходимости) соответствующих экспериментов на животных.

Изобретательская и рационализаторская работа

1249. Изобретательская и рационализаторская работа офицеров и генералов медицинской службы, а также служащих Советской Армии и Военно-Морского Флота, работающих в военных лечебно-профилактических учреждениях, проводится в соответствии с «Положением об изобретательской и рационализаторской работе в Советской Армии», изд. 1951 г.

Руководить работой по изобретательству и рационализации медицинской службы обязаны все начальники медицинской службы.

1250. В военно-медицинском отделе округа и в госпиталях создаются комиссии по изобретательству и рационализации.

На комиссии возлагается:

— разработка планов мероприятий по изобретательской работе и представление их командованию, разработка тематических заданий изобретателям и доведение этих заданий, по утверждении их командованием, до сведения личного состава медицинской службы;

— прием, учет и рассмотрение поступающих изобретательских и рационализаторских предложений и принятие по ним решений с последующим представлением командованию на утверждение. Изобретательские и рационализаторские предложения, поступившие в комиссию по изобретательству и рационализации, должны быть рассмотрены на ее заседании не позднее 10 дней с вынесением соответствующего решения. Если комиссия не в состоянии вынести решение об изобретательском и рационализаторском предложении, последнее направляют в вышестоящие инстанции. Туда же направляют изобретения и рационализаторские предложе-

ния, имеющие окружное или общеармейское значение. Выводы и решения по изобретательским предложениям должны быть записаны в протокол заседания комиссии и утверждены командованием.

Одновременно рассматривают мероприятия по внедрению в практику одобренных предложений: обмен передовым опытом по изобретательской работе (организация конференций, совещаний, выставок) и популяризация изобретений и рационализаций.

Председателем комиссии по изобретательству и рационализации является заместитель начальника медицинской службы округа (госпиталя).

1251. Военнослужащие и служащие Советской Армии, работающие в медицинских учреждениях и частях, направляют свои изобретательские и рационализаторские предложения в комиссии по изобретательству и рационализации, создаваемые согласно «Положению об изобретательской и рационализаторской работе в Советской Армии» в частях и учреждениях приказом командира (начальника) части (учреждения).

1252. Заявки на выдачу авторского свидетельства на изобретения, имеющие военно-медицинское значение, направляют на рассмотрение в Главное военно-медицинское управление Министерства обороны.

ГЛАВА XIV

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ И АНАЛИЗА ОСНОВНЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ГОСПИТАЛЯ

1253. Анализ основных статистических показателей работы госпиталя проводится с целью:

— охарактеризовать объем и качество медицинского обслуживания больных;

— установить состав больных, изменения в их движении и причины этих изменений;

— выявить достижения и недочеты по основным разделам лечебно-диагностической работы;

— наметить пути для улучшения медицинского обслуживания больных, постановки военно-научной, рационализаторской и изобретательской работы.

1254. Ежедневные наблюдения за деятельностью госпиталя и анализ ее проводятся на основании записей в книге дежурного врача, книге учета больных, находящихся на стационарном лечении, в учетных карточках на поступивших в госпиталь, а также в историях болезни.

1255. Обобщенные данные фиксируются в медицинских отчетах.

Для оценки деятельности госпиталя пользуются статистическими показателями, которые определяются путем обобщения и анализа записей в учетных и отчетных документах госпиталя.

Основные показатели деятельности госпиталя определяются по разделам:

— коечный фонд и его использование;
— состав прошедших больных;
— специализированная медицинская помощь больным;
— качество диагностики в госпитале, поликлиниках, частях;
— исходы лечения;
— своевременность госпитализации;
— повторность госпитализации.

1256. Для определения показателей, характеризующих использование коечного фонда, надо усвоить ряд понятий.

1. **Штатная плановая мощность лечебного учреждения** (в койко-днях) исчисляется путем умножения количества штатных коек на число рабочих дней госпиталя в данный отчетный период. Для госпиталей годовая норма занятости штатной койки установлена в 330 дней.

2. **Фактическая мощность** (в койко-днях) исчисляется путем умножения среднего числа развернутых коек на число рабочих дней госпиталя в отчетном периоде.

3. **Использованная мощность** (в койко-днях) исчисляется суммированным подсчетом числа больных, состоящих на определенное время каждого дня (например, на 8 часов) отчетного периода. При учете количества койко-дней, проведенных больными на лечении, день поступления больного в госпиталь и день выбытия считаются за один день.

4. **Развернутой** считается койка, готовая к приему больного, независимо от того, является ли она постоянной или развернута временно, занята больным или не занята.

Среднее ежедневное число фактически развернутых коек за год определяется суммированием чисел фактически развернутых коек на первое число каждого месяца и делением этой суммы на 365 дней.

1257. Для оценки степени развертывания госпиталя пользуются показателями соотношения числа развернутых коек к штатным. Показатель определяется умножением среднего числа развернутых коек на 100 и делением полученного числа на количество штатных коек.

1258. Для определения показателя, характеризующего специализацию коечного фонда, необходимо число штатных (развернутых) коек по каждой специальности умножить на 100 и полученное число разделить на общее количество штатных (развернутых) коек данного госпиталя.

1259. Для определения степени использования штатной мощности госпиталя необходимо взять общее число проведенных больными койко-дней (т. е. использованную мощность) за отчетный период, умножить на 100 и полученное разделить на штатную (плановую) мощность (т. е. число штатных коек, умноженное на число рабочих дней).

Использованная мощность не может превышать фактическую. Если больных за неимением мест в соответствующих отделениях помещают в другие отделения (например, с заболеваниями глаз — в терапевтическое отделение, с заболеваниями ЛОРорганов — в хирургическое и т. д.), фактическую и использованную мощность следует отнести к отделению, в которое они были бы помещены (в данном случае — к глазному отделению, а не к терапевтическому, к ЛОРотделению, а не к хирургическому и т. д.).

1260. Аналогично определению общих показателей использования штатной (плановой) и фактической мощности выводятся и дифференцированные показатели по каждому отделению, что особенно важно для госпиталей с мощным коечным фондом.

1261. Показатель средней длительности пребывания (лечения) больного на койке имеет организационно-плановое и известное медицинское значение; определяется он как общий показатель для госпиталя в целом, так и дифференцированно по лечебно-диагностическим отделениям.

Показатель средней длительности пребывания больного на койке определяется делением числа всех койко-дней, проведенных больными на лечении, т. е. использованной мощности, на полусумму поступивших и выбывших больных, включая также умерших и переведенных в другие лечебные учреждения.

При оценке значения этих показателей, как правило, учитывают особенности состава больных, применяемых методов диагностики, лечения и т. д.

1262. Для госпиталей единицей учета служит больной, а не заболевание.

Одним из показателей при оценке лечебно-диагностической работы является показатель средней длительности лечения больных по отдельным заболеваниям. Эти показатели в Советской Армии и на Военно-Морском Флоте определяются только для военнослужащих (отдельно для солдат, матросов, сержантов и старшин и отдельно для офицеров, генералов и адмиралов).

Показатель средней длительности лечения больных по отдельным заболеваниям определяется делением количества дней лечения по данному заболеванию всех выбывших с определившимися исходами (со дня поступления в данный госпиталь) на общее число выбывших с определившимися исходами по данному заболеванию.

1263. Для анализа данных, характеризующих состав больных госпиталя, определяются следующие показатели:

— показатель, характеризующий соотношение поступивших больных по лечебно-диагностическим отделениям госпиталя; для этого число больных, поступивших в каждое отделение, помноженное на 100, делят на общее число поступивших больных;

— показатель, характеризующий распределение поступивших больных по их составу; для этого число больных, поступивших в госпиталь по отдельным категориям, перечисленным в соответствующей таблице годового медицинского отчета, помноженное на 100, делят на общее число поступивших больных;

— показатель, характеризующий соотношение поступивших больных военнослужащих Советской Армии и Военно-Морского Флота по отдельным нозологическим формам или группам болезней. Для этого число поступивших больных военнослужащих Советской Армии и Военно-Морского Флота по данной форме или группе болезней, помноженное на 100, делят на общее число поступивших больных военнослужащих Советской Армии и Военно-Морского Флота (для солдат и офицеров раздельно).

1264. Показатели характеристики распределения уволенных по заболеваниям определяют так: число уволенных по поводу данного заболевания, умноженное на 100, делят на общее число уволенных (соответственно солдат или офицеров). Аналогично определяется состав умерших по причинам смерти, причем эти показатели можно исчислять только при более или менее значительном количестве случаев

смерти. Так как это число обычно мало, следует сопоставлять абсолютные данные и проводить тщательный разбор каждого случая.

1265. Особого анализа требуют случаи смерти в первые сутки поступления в военно-лечебные учреждения.

1266. Для характеристики хирургической работы определяется ряд дополнительных показателей, как-то: показатель оперируемости (отношение числа оперированных хирургических больных к общему числу хирургических больных — общий показатель и дифференцированный по отдельным хирургическим заболеваниям; дается только в отношении военнослужащих Советской Армии и Военно-Морского Флота); показатель характера хирургической работы — удельный вес экстренных операций (отношение числа экстренных операций к числу всех хирургических вмешательств — общий показатель и по отдельным видам оперативных вмешательств); показатели качества хирургической работы — частота послеоперационных осложнений (отношение числа послеоперационных осложнений к числу оперированных — общий показатель и по отдельным видам хирургических вмешательств); показатель послеоперационной летальности (отношение смертельных исходов после операций к числу оперированных больных — общий показатель и дифференцированный).

1267. При анализе качества лечебно-диагностического обслуживания больных имеют значение также показатели использования вспомогательно-диагностических и лечебных методов — физиотерапии, электрокардиографии, лабораторных, рентгенологических и других методов исследования (отношение числа специальных видов исследований к числу больных, выраженное в процентах).

1268. Для анализа работы госпиталя очень важны показатели, характеризующие исходы лечения, особенно показатель летальности. Они приобретают особую ценность при динамических сопоставлениях за ряд лет, а также когда определяются по отдельным нозологическим формам.

1269. Показатели исходов лечения исчисляются по определившимся исходам у военнослужащих Советской Армии и Военно-Морского Флота следующим образом:

— общий показатель летальности: число военнослужащих Советской Армии и Военно-Морского Флота (отдельно солдат или офицеров), умерших в госпитале, умноженное на 100, делят на общее число военнослужащих Советской Армии и Военно-Морского Флота (соответственно солдат или

офицеров), выбывших из военно-лечебного учреждения с определившимися исходами (включая и умерших);

— дифференцированный показатель летальности: число военнослужащих Советской Армии и Военно-Морского Флота, умерших в военно-лечебном учреждении от данного заболевания, умноженное на 100, делят на общее число военнослужащих Советской Армии и Военно-Морского Флота, выбывших из военно-лечебного учреждения с определившимися исходами по данному заболеванию.

Аналогично определяют показатели и других исходов: увольнения по болезни в отпуск и вовсе с военной службы, возвращения в часть с изменением и без изменения категории годности.

1270. Диагностические ошибки, допущенные как врачами воинских частей (расхождение диагнозов направления с диагнозами, поставленными врачами госпиталей), так и врачами госпиталей (расхождение прижизненных и патолого-анатомических диагнозов), изучают, сопоставляя эти диагнозы и выявляя расхождения.

1271. При анализе работы военно-лечебного учреждения для практических выводов следует придерживаться порядка, изложенного в схеме объяснительной записки к годовому медицинскому отчету лечебного учреждения.

ГЛАВА XV

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И РАБОТЫ НЕКОТОРЫХ ВОЕННО-ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Окружной военный госпиталь
(военно-морской госпиталь флота)

1272. Одному из госпиталей в каждом военном округе (флоте) присваивается наименование и функции окружного госпиталя (госпиталя флота).

Окружной военный госпиталь обычно находится в месте расположения управления округа и во всех отношениях подчинен начальнику военно-медицинского отдела округа.

1273. Окружной военный госпиталь является клинической, научной и учебной базой медицинской службы округа; он обеспечивается наиболее квалифицированными кадрами врачей-специалистов, всеми современными видами лечеб-

но-диагностического оборудования и новейшими средствами лечения.

1274. На окружной военный госпиталь (военно-морской госпиталь флота) возлагается:

— лечение наиболее тяжело больных, а также больных сложными заболеваниями, поступающих из других военно-лечебных учреждений округа;

Примечание. Перевод больных из военно-лечебных учреждений в окружной военный госпиталь (госпиталь флота) производится с разрешения начальника окружного (флотского) госпиталя после предварительного запроса.

— стационарное обследование и лечение больных из воинских частей, прикрепленных к нему распоряжением начальника военно-медицинского отдела округа ввиду отсутствия гарнизонных госпиталей в местах расположения этих частей;

— участие в медицинском обследовании и в диспансерном обслуживании руководящего состава штаба военного округа (флота);

— экспертиза летного состава (на базе организованного при госпитале отделения врачебной экспертизы летного состава);

— оказание врачам других лечебных учреждений и воинских частей округа методической помощи в организации лечебно-диагностической работы, консультативной помощи в диагностике и лечении больных, в военно-научной, рационализаторской и изобретательской работе;

— организация и ведение военно-научной работы в области диагностики, лечения и профилактики заболеваний; особое внимание при этом должно быть обращено на заболевания, наиболее распространенные в округе, а также на вопросы военно-полевой медицины;

— разработка, освоение и внедрение в лечебно-профилактическую работу в округе новых методов диагностики, лечения и профилактики, а также испытание рационализаторских и изобретательских предложений медицинского состава округа и вынесение по ним заключений;

— обеспечение учебного процесса на курсах усовершенствования медицинского состава и лечебной практики войсковых и госпитальных врачей.

— медицинское обеспечение различного рода мероприятий, организуемых штабом округа (полевые учения и выезды, спортивные мероприятия и т. п.).

1275. Начальники лечебно-диагностических отделений окружного военного госпиталя, кроме хирурга и терапевта, одновременно выполняют обязанности главных специалистов округа. После утверждения приказом начальника военно-медицинского отдела округа они обязаны:

— оказывать консультативную помощь военно-медицинскому отделу в организации лечебно-профилактической и военно-научной работы в округе по специальности;

— проводить анализ заболеваемости в войсках округа, а также работы военно-лечебных учреждений округа по специальности;

— разрабатывать и представлять начальнику военно-медицинского отдела округа предложения о необходимых лечебно-профилактических мероприятиях, направленных на укрепление физического состояния личного состава войск и на снижение заболеваемости в округе;

— составлять годовые медицинские отчеты округа по специальности;

— оказывать консультативную помощь военно-медицинскому отделу в подборе и расстановке кадров по своей специальности.

Главный военный госпиталь Министерства обороны Союза ССР имени академика Н. Н. Бурденко

1276. Главный военный госпиталь Министерства обороны Союза ССР имени академика Н. Н. Бурденко является центральной высококвалифицированной научно-клинической базой в системе лечебных учреждений Министерства обороны. Он находится в непосредственном ведении Главного военно-медицинского управления Министерства обороны.

1277. На Главный военный госпиталь возлагается:

— оказание высококвалифицированной медицинской помощи генералам, адмиралам, офицерам и, в порядке исключения, старшинам, сержантам и солдатам;

— разработка методики и средств лечения больных, испытание новейших методов лечения;

— научная разработка вопросов клинической медицины, изучение особенностей возникновения и развития среди военнослужащих различных заболеваний, разработка мер предупреждения их;

— участие в разработке вопросов организации лечебного дела в Советской Армии и на Военно-Морском Флоте;

— участие в разработке вопросов рационального и лечебного питания;

— научная разработка вопросов военно-врачебной экспертизы.

В своей работе Главный военный госпиталь поддерживает тесную связь с госпиталями округов. Он является базой для усовершенствования врачей Советской Армии и Военно-Морского Флота.

1278. Генералов, адмиралов и офицеров, работающих в центральных управлениях Министерства обороны Союза ССР, а также генералов и офицеров постоянного и переменного состава военных академий, расположенных в Москве, направляют на лечение в Главный военный госпиталь начальники соответствующих поликлиник по согласовании с начальником Главного военного госпиталя.

1279. Направлять в Главный военный госпиталь больных из военных округов допускается по согласовании непосредственно с Главным военным госпиталем имени академика Н. Н. Бурденко и только в тех случаях, когда из-за сложности и тяжести заболевания больные нуждаются в специальных средствах и методах исследования и лечения, которыми окружные госпитали не располагают.

1280. Направлению в Главный военный госпиталь не подлежат больные с неоперабильными, необратимыми заболеваниями, а также с хроническими формами заболевания, нуждающиеся только в уходе.

1281. Филиал Главного военного госпиталя имени академика Н. Н. Бурденко для больных туберкулезом является в системе лечебных учреждений Советской Армии и Военно-Морского Флота научно-клинической базой для оказания высококвалифицированной фтизиатрической помощи.

В своей работе он тесно связан со всеми противотуберкулезными лечебно-профилактическими учреждениями Советской Армии.

1282. На филиал Главного военного госпиталя для больных туберкулезом возлагается:

— оказание высококвалифицированной фтизиатрической помощи генералам, адмиралам, офицерам и членам их семей;

— изучение клиники туберкулеза, использование наиболее совершенных методов диагностики и лечения больных различными формами туберкулеза легких;

— научная разработка вопросов фтизиатрии, а также вопросов организации борьбы с туберкулезом в армии;

— научная разработка вопросов военно-врачебной экспертизы (и трудоустройства);

— разработка мер предупреждения и ранней диагностики туберкулеза в армии;

— изучение причин поздней диагностики туберкулеза (при наличии запущенных форм);

— участие в разработке вопросов рационального и лечебного питания.

1283. Филиал Главного военного госпиталя для больных туберкулезом обслуживает:

— больных с различными формами туберкулеза легких в разных активных фазах его развития;

— больных с осложненным пневмотораксом;

— нуждающихся в хирургическом лечении (пневмоторакс, корригирующие операции, экстраплевральный пневмоторакс, торакопластика, кавернотомия и др.);

— больных туберкулезным менингитом;

— нуждающихся в госпитальном обследовании и др.

1284. Генералов, адмиралов, офицеров (членов их семей) центральных и главных управлений Министерства обороны и военных академий, расположенных в Москве, направляют в филиал для больных туберкулезом легких через туберкулезное отделение поликлиники № 5 Главного военного госпиталя имени академика Н. Н. Бурденко.

1285. Направлять в филиал Главного военного госпиталя для больных туберкулезом генералов, адмиралов и офицеров (членов их семей) из военных округов допускается только при наличии у них сложных и тяжелых заболеваний, требующих хирургических вмешательств, специальных средств и методов исследования и лечения, которые нельзя применить на месте.

Разрешение на направление больных в филиал Главного военного госпиталя для больных туберкулезом дает Главный военный госпиталь имени академика Н. Н. Бурденко по запросу начальников медицинской службы военных округов после представления исчерпывающей медицинской документации и заключения окружного фтизиатра.

Научно-исследовательский авиационный госпиталь

1286. Научно-исследовательский авиационный госпиталь является лечебно-экспертной, научной и учебной базой авиационной медицины Советской Армии.

На него возлагается:

— обследование летного состава в наиболее сложных экспертных случаях, а также лечебно-диагностическая работа по всем основным клиническим специальностям;

— военно-научная работа, направленная на разработку требований к состоянию здоровья летного состава в соответствии с современной авиационной техникой;

— методическое руководство военно-научной работой лабораторий авиационной медицины (ЛАМ) и госпиталей по вопросам врачебно-летной экспертизы;

— усовершенствование и специализация авиационных врачей по врачебно-летной экспертизе.

1287. Научно-исследовательский авиационный госпиталь работает в тесном контакте с Научно-исследовательским испытательным институтом авиационной медицины и Центральной военно-врачебной летной комиссией, для которых он является клинической базой.

Клиники Военно-медицинской ордена Ленина академии имени С. М. Кирова

1288. Клиники Военно-медицинской ордена Ленина академии имени С. М. Кирова являются основной учебной базой для подготовки и усовершенствования военных врачей Советской Армии и Военно-Морского Флота, а также для обеспечения научно-исследовательской работы академии. Руководит работой клиник клинический отдел академии.

1289. Будучи высококвалифицированными лечебными учреждениями, клиники оказывают специализированную медицинскую помощь личному составу Советской Армии и Военно-Морского Флота.

1290. Для обеспечения учебного процесса и научно-исследовательской работы клиники имеют право помещать для обследования и лечения гражданских лиц.

1291. На клиники возлагается:

— подбор больных, необходимых для проведения учебного процесса и научно-исследовательской работы академии;

— оказание высококвалифицированной амбулаторной, стационарной и консультативной медицинской помощи личному составу Советской Армии и Военно-Морского Флота;

— медицинское освидетельствование военнослужащих, находящихся на обследовании и лечении, в целях определения годности их к военной службе;

— подготовка высококвалифицированных специалистов для лечебных учреждений Советской Армии и Военно-Морского Флота из числа клинических ординаторов.

Из военных округов допускается направлять в клиники академии только больных особо сложными и тяжелыми заболеваниями. Разрешение на направление в клиники дает начальник клинического отдела академии по запросу начальников медицинской службы округов.

ГЛАВА XVI

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПОДВИЖНОГО РЕНТГЕНОВСКОГО КАБИНЕТА

1292. Подвижной рентгеновский кабинет (ПРК) находится в подчинении начальника военно-медицинского отдела округа и состоит на всех видах довольствия по месту приписки. В своей работе личный состав кабинета руководствуется методическими указаниями главного рентгенолога округа (флота).

1293. Начальник подвижного рентгеновского кабинета проводит в плановом порядке профилактическое обследование (рентгено-флюорографическим методом) личного состава войск, рабочих и служащих Советской Армии и Военно-Морского Флота, а также членов семей военнослужащих отдаленных гарнизонов.

1294. Обследование проводится по месту расположения части (учреждения) в соответствии с планом военно-медицинского отдела округа.

1295. План обследования частей гарнизона составляет гарнизонный врач совместно с начальником подвижного рентгеновского кабинета, а утверждает начальник гарнизона. В плане предусматриваются порядок, место, время обследования и меры, обеспечивающие полный охват личного состава. Расписание обследования составляется врачом части совместно с начальником подвижного рентгеновского кабинета, утверждается командиром части и отдается приказом по части.

1296. Старший врач части предоставляет для подвижного рентгеновского кабинета помещение, соответствующее тех-

ническим и иным необходимым требованиям, обеспечивает подключение рентгеновской установки к электросети и принимает меры к своевременной явке личного состава части на обследование.

1297. Начальник подвижного рентгеновского кабинета обязан:

— обеспечить своевременное развертывание рентгеновского кабинета и проведение обследования в соответствии с разработанным планом;

— следить за правильной эксплуатацией и техническим состоянием рентгеновской установки;

— проводить рентгено-флюорографические и необходимые дополнительные рентгенологические исследования личному составу части и выдавать врачу части рентгенологические заключения и флюорограммы.

1298. До начала обследования врач части должен доставить начальнику подвижного рентгеновского кабинета сложенные в алфавитном порядке медицинские книжки личного состава по подразделениям, направляемым на обследование.

В книжке обследуемого ставят штамп с указанием даты выполнения флюорограммы и номера снимка. Врач-рентгенолог выносит заключение по флюорограмме на специальном листе медицинской книжки.

Флюорограммы по окончании обследования выдают врачу части. Они хранятся при медицинской книжке в течение срока хранения книжек.

1299. Лица, у которых выявлены патологические изменения, проходят дополнительное обследование, а при необходимости начальник подвижного рентгеновского кабинета подвергает их в назначенный срок дополнительному рентгенологическому обследованию (его объем он определяет сам). Врач части должен своевременно направить этих лиц на обследование и в случае необходимости, в соответствии с заключением рентгенолога, на лечение.

1300. Начальник подвижного рентгеновского кабинета представляет в военно-медицинский отдел округа отчетные данные о проведенной работе, а также карточки эпидемиологического обследования инфекционного заболевания на выявленных лиц с активными формами туберкулеза.

ГЛАВА XVII

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВОЕННО-ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Общие положения

1301. Военно-лечебные учреждения обеспечиваются всеми видами материального снабжения в соответствии с утвержденными штатами, нормами и табелями. Начальники военно-лечебных учреждений по вопросам материального обеспечения и ведения хозяйства руководствуются «Положением о войсковом хозяйстве Вооруженных Сил Союза ССР», введенным приказом Министра обороны Союза ССР № 136 от 5 июля 1957 г., а также указаниями начальников соответствующих довольствующих управлений (отделов).

1302. Военно-лечебные учреждения, которые самостоятельно не ведут войсковое хозяйство, на все виды материального обеспечения распоряжением довольствующих органов прикрепляются к одной из воинских частей (учреждению).

1303. За все материальные ценности, находящиеся в военно-лечебных учреждениях, несут ответственность начальники военно-лечебных учреждений и их заместители по снабжению, начальники служб и в первую очередь лица, на которых возложено непосредственное хранение имущества.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ В ВОЕННО-ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Общие положения

1304. Питание больных в военно-лечебных учреждениях производится бесплатно по норме госпитального пайка.

1305. Продуктами, столово-кухонной посудой, столовым бельем военно-лечебные учреждения обеспечиваются органами службы продовольственного снабжения Советской Армии и Военно-Морского Флота по установленным нормам довольствия бесплатно.

1306. Военно-лечебные учреждения, не входящие в состав соединения, но самостоятельно ведущие войсковое хозяйство, распоряжением отдела (отделения) продовольственного снабжения военного округа, флота (флотилии) приписываются на снабжение к ближайшему окружному (флотскому) продовольственному складу и хлебозаводу (хлебопекарне).

1307. Военно-лечебные учреждения, самостоятельно ведущие войсковое хозяйство, могут получать продовольствие непосредственно от местных поставщиков по нарядам до-

вольствующих органов службы продовольственного снабжения.

1308. Военно-лечебные учреждения получают продукты питания по установленным нормам довольствия на списочную численность находящихся на лечении больных.

1309. Скоропортящиеся продукты военно-лечебным учреждениям доставляются в авторефрижераторах, а также транспортом, приспособленным для этой цели, и в специальных ящиках. Подвоз указанным транспортом других продуктов или грузов запрещается.

1310. Для подвоза хлеба выделяются автомобиль или повозка, оборудованные специальным кузовом, внутри которого устраивают решетчатые полки или укладывают лотки. Кузов может быть съемным. При небольшой потребности хлеба подвоз его допускается в специально оборудованных деревянных ящиках, имеющих надпись «хлеб».

1311. На авторефрижераторе, автомобиле (повозке) или при ящике, предназначенных для подвоза скоропортящихся продуктов, на каждого работающего должны быть фартук клеенчатый с нагрудником и рукавицы комбинированные, а на каждого занятого на работах по погрузке и подвозу хлеба — фартук хлопчатобумажный с нагрудником и рукавицы комбинированные. Кроме того, на транспорт, предназначенный для подвоза мяса (хлеба), должны быть санитарные паспорта.

1312. Продовольственный склад в своем составе имеет:

— основное хранилище для муки, круп, макаронных изделий, сахара и прочих сухих продуктов;

— холодильник или ледник с отделениями для мяса, рыбы свежей и других скоропортящихся продуктов;

— подвал для рыбы соленой, капусты квашеной, огурцов (помидоров) соленых и жиров растительных;

— кладовые для посуды, кухонного инвентаря и мешковой тары;

— навес для деревянной тары.

1313. В каждом складе часть хранилищ выделяется под расходную кладовую для ежедневного отпуска продуктов на кухню.

1314. Овощехранилище по своему устройству и оборудованию должно соответствовать требованиям, при которых потери овощей и картофеля в процессе хранения были бы минимальными. К овощехранилищам предъявляются следующие требования:

— предотвращение проникновения солнечного света;

— достаточная, но не чрезмерная сухость помещения;
— хорошая изоляция, исключающая колебания температуры воздуха внутри хранилища;
— наличие приточно-вытяжной вентиляции.

Овощехранилище оборудуется закромами и стеллажами.

Организация кухни-столовой

1315. В военно-лечебном учреждении кухня-столовая для больных организуется отдельно от кухни-столовой, предназначенной для питания штатного состава.

1316. Кухня-столовая должна иметь следующие помещения:
— варочно-раздаточную;
— мясо-рыборазделочную;
— кондитерскую [1];
— овощеразделочную;
— моечную столовой посуды и столовых приборов (с сушильным шкафом и отделением для хранения чистой посуды);
— моечную кухонной посуды;
— кладовую сухих продуктов;
— хлеборезку;
— комнату отдыха;
— душевую, умывальную и уборную;
— раздевальную при входе в столовую.

1317. Помимо общего кухонного оборудования, госпитальная кухня обеспечивается специальным инвентарем, необходимым для приготовления лечебного питания: мельницей для помола круп, протирочной машиной, теркой-мясорубкой с кнельной решеткой, малолитражными кастрюлями, мармитом, универсальным приводом, паровой кастрюлей, одно-, двухпорционными сковородками и т. д.

1318. В госпитале (лазарете), как правило, оборудуется единая центральная кухня с выдачей из нее готовой пищи в транспортной, групповой посуде. При большой удаленности друг от друга отделений, а также наличии крупных инфекционных отделений допускается устройство двух и более отдельных кухонь или заготовочных.

1319. Буфеты-раздаточные располагаются в отделениях вблизи служебной лестницы. В буфетных производятся

---

[1] В госпитале на 100 коек и менее кондитерский цех не оборудуется.

подогрев и распределение пищи больным в столовую и в палаты, хранение и мытье посуды, приготовление кипятка для чая и остуженной кипяченой воды.

В инфекционных и туберкулезных отделениях буфеты должны иметь два отделения: одно помещение (сообщается с наружным ходом) предназначается для персонала, приносящего из кухни готовую пищу, и второе помещение — для персонала отделения.

В перегородке устраивается окно-шлюз для передачи пищи и монтируется стерилизатор для обезвреживания посуды.

Порядок зачисления на довольствие и исключения с него

1320. В военно-лечебных учреждениях поступающие больные солдаты, матросы, курсанты, сержанты и старшины срочной и сверхсрочной службы, а также офицеры, генералы и адмиралы, получающие по месту службы бесплатное питание (продовольственный паек) из фондов Министерства обороны СССР, зачисляются на довольствие по аттестатам, а офицеры, генералы и адмиралы, не получающие по месту службы бесплатного питания, — без аттестатов.

Военнослужащие, доставленные в военно-лечебные учреждения при внезапных заболеваниях, могут быть зачислены на довольствие независимо от наличия аттестатов на продовольствие. В этом случае госпиталь обязан немедленно запросить соответствующую воинскую часть о высылке аттестата на тех больных, которые по месту службы получают бесплатное питание (продовольственный паек) из фондов Министерства обороны СССР.

1321. Офицеры, генералы и адмиралы, не получающие по месту службы бесплатное питание (продовольственный паек), а также члены семей военнослужащих, служащие Советской Армии и Военно-Морского Флота, старшие офицеры, прослужившие в Советской Армии и Военно-Морском Флоте 25 лет и более и состоящие в запасе или отставке, — зачисляются на довольствие на основании направления соответствующей амбулатории (поликлиники), воинской части (учреждения).

1322. Поступивших в военно-лечебное учреждение больных зачисляют на довольствие отдельно на завтрак, обед и ужин, в зависимости от времени поступления:

— прибывших до 8 часов зачисляют на завтрак, обед и ужин; с 8 до 13 часов — на обед и ужин; с 13 до 19 часов —

на ужин; прибывшие с 19 до 24 часов получают разовое питание (250 *г* хлеба, 20 *г* сливочного масла, 20 *г* сахару, 0,3 *г* чаю). Всех больных, независимо от часов убытия, исключают с довольствия со следующего дня.

1323. Из военно-лечебного учреждения больных, как правило, выписывают после обеда. Исключение допускается для убывающих в иногородние части и учреждения, когда это связано с особенностями расписания движения транспорта (поезда, парохода и т. д.).

Солдатам, матросам, курсантам, сержантам и старшинам срочной службы, выписываемым из военно-лечебного учреждения, выдают аттестат на продовольствие.

На путь следования они получают продовольственно-путевые деньги, о чем делается отметка в аттестате на продовольствие.

1324. Выдавать выписываемым сухие продукты на путь следования военно-лечебные учреждения не имеют права. Если из данного военно-лечебного учреждения больного выписывают в часть или переводят в другое лечебное учреждение, ему разрешается выдать на руки хлеб, чай, сахар только в том количестве, которое было недодано в день выписки.

1325. Аттестаты и продукты, указанные в ст. 1323—1324, выписываемым вручают под расписку на корешке аттестата на продовольствие.

Особенности использования продуктов питания в военно-лечебных учреждениях

1326. Питание больных в госпиталях производится согласно предписаниям лечащего врача, который назначает каждому больному соответствующую диету. Заявки на диету утверждаются начальником лечебного отделения и передаются в канцелярию хозяйственной части госпиталя.

В зависимости от состояния здоровья больного лечащему врачу разрешается за счет некоторого снижения суточного рациона питания отдельных групп больных усиливать питание других групп больных, при этом ежедневный общий расход продуктов с учетом проводимых замен не должен превышать количеств, положенных госпиталю (лазарету) на всех больных, находящихся на излечении.

Примечание. Все остатки готовой пищи немедленно после завтрака, обеда и ужина перерабатывают на нужды прикухонного или подсобного хозяйства военно-лечебного учреждения для откорма животных.

Порядок отпуска продуктов из склада военно-лечебного учреждения

1327. Продукты из склада военно-лечебного учреждения отпускают в день приготовления пищи отдельно на завтрак, обед и ужин. Продукты, требующие длительной кулинарной обработки (соленая рыба, мороженое мясо), могут выдаваться заранее с учетом времени, необходимого для вымачивания или оттаивания. Продукты, идущие непосредственно в отделения, отпускают из склада утром, в день выдачи больным (до утреннего завтрака).

1328. Из продовольственного склада продукты для больных выдают в присутствии дежурного офицера или с его разрешения: на кухню — шеф-повару; в отделения — сестре-хозяйке или заведующей столовой.

Продукты отпускают под расписку. Исправлять на накладных вес и наименование продуктов заведующий складом и кладовщик не имеют права. Исправления может вносить только начальник отделения продовольственного снабжения.

1329. Все продукты, отпускаемые на довольствие больных в течение суток, должны быть полностью использованы по прямому назначению. На кухне военно-лечебного учреждения допускается иметь в качестве переходящих остатков только перец, соль, уксус, лавровый лист и т. п. Эти переходящие остатки отделение продовольственного снабжения засчитывает при составлении суточных продуктовых листов и накладных.

Особенности учета и отчетности по продовольственному снабжению в военно-лечебных учреждениях

1330. Основной учет и отчетность по продовольственному снабжению в военно-лечебных учреждениях Министерства обороны ведется по общим формам согласно действующим приказам и положениям. Помимо этого, в связи с особенностями в системе питания больных в военно-лечебных учреждениях действуют специальные формы учета и отчетности:

Ординаторское требование отделения	форма	№ 1
Ординаторское требование на вновь поступивших больных	„	№ 2
Суточный продуктовый лист	„	№ 3
Суточный продуктовый лист для отделения	„	№ 4
Раздаточная ведомость на выдачу готовой пищи из кухни	„	№ 5
Лист назначений лечебного питания	„	№ 6

Сведения об убывающих . . . . . „ № 7
Индивидуальный заказ . . . . . „ № 8
Заказ на приготовление и выдачу готовой пищи из кухни . . . . . „ № 9

1331. Ординаторское требование (форма № 1 и 2) служит заявкой на отпуск пищи больным. Его составляет медицинская сестра, руководствуясь врачебными назначениями; подписывает требование начальник отделения.

Ординаторские требования выписывают каждый день:

— в медицинских отделениях на всех находящихся в них больных по состоянию на 13 часов, из расчета отпуска пищи на следующий день;

— в приемном отделении — на поступающих больных и больных, находящихся в диагностической палате или отделении.

Ординаторские требования передают в отделение продовольственного снабжения военно-лечебного учреждения к 13 часам ежедневно для выписки продуктов и составления продуктовых документов — суточных продуктовых листов (формы № 3 и 4), раздаточной ведомости на выдачу готовой пищи из кухни (форма № 5).

1332. Для удовлетворения больных питанием в день их поступления в приемное отделение на кухню отпускают продукты авансом.

1333. Ординаторские требования, составленные в приемном отделении, передают шеф-повару или повару-кулинару 4 раза в сутки:

— на больных, прибывающих с 13 до 24 часов включительно;

— на больных, прибывающих после 24 часов и до начала первой утренней закладки продуктов;

— на больных, прибывших ко второй закладке;

— на больных, прибывших к третьей закладке.

1334. Суточный продуктовый лист (форма № 3) является основным документом, в котором отражены:

— число и название заказанных блюд;

— количество продуктов, отпускаемых на изготовление заказанных блюд;

— расписки поваров-бригадиров в получении от шеф-повара продуктов для изготовления группы блюд;

— общее количество продуктов, отпущенных за сутки и фактически причитающихся к отпуску.

Суточный продуктовый лист (форма № 3) составляется на основании раскладки, картотеки блюд и количества продуктов на одного человека. Количество продуктов, подлежащих отпуску для приготовления пищи, проставляют в отделении продовольственного снабжения. Исходя из этого количества, выписывают накладную на выдачу продуктов со склада на кухню.

В графе продуктового листа «Добавочно по накладным за № » указывают продукты, выданные в течение суток прибывшим больным по оформленным ординаторским требованиям приемного отделения. Общий итог подводят на следующий день. В суточном продуктовом листе указывают только те продукты, которые идут непосредственно на кухню.

Суточный продуктовый лист вместе с накладной передают шеф-повару накануне дня приготовления пищи и возвращают в отделение продовольственного снабжения на следующий день не позже 11 часов.

1335. Суточный продуктовый лист (форма № 4) составляют в делопроизводстве военно-лечебного учреждения. Он служит документом для отпуска из склада сухих продуктов, идущих непосредственно в отделения. В нем указывают: название отделения; число лиц, пользующихся каждым столом (диетой); название и количество продуктов, отпускаемых в отделения.

1336. Каждый получатель обязан расписаться в получении продуктов. Суточный продуктовый лист (форма № 4) вместе с накладной передают заведующему продовольственным складом к концу рабочего дня и возвращают в отделение продовольственного снабжения к 11 часам следующего дня. Его заканчивают так же, как и лист формы № 3, и хранят с продуктовыми документами.

1337. Раздаточная ведомость на выдачу готовой пищи из кухни (форма № 5) является документом для выдачи пищи в отделения по диетам. Раздаточную ведомость составляют в отделении продовольственного снабжения военно-лечебного учреждения на основании ординаторских требований, суточного продуктового листа (форма № 3) и раскладки продуктов. Ведомость к 16 часам накануне дня раздачи пищи передают старшей диететической сестре (заведующей кухней) или шеф-повару. После окончания дня выдачи пищи ведомость возвращают в отделение продовольственного снабжения не позже 11 часов следующего дня. Ведомость хранят с продуктовыми документами.

1338. Лист назначений лечебного питания (форма № 6) является документом для раздачи пищи больным. Его заполняет старшая медицинская сестра отделения на основании записей в истории болезни, сделанных лечащим врачом.

1339. Сведения об убывающих солдатах, матросах, сержантах, старшинах и курсантах (форма № 7) составляют ежедневно в медицинской части лечебного учреждения и к 15 часам накануне выписки больных передают в отделение продовольственного снабжения. Последнее исчисляет продукты, требуемые на следующий день, заготовляет продовольственные аттестаты и, если положены продовольственно-путевые деньги, производит их расчет.

При наличии в военно-лечебном учреждении системы заказных блюд по общим столам индивидуальные заказы на приготовление пищи составляет медицинская сестра отделения, заполняя форму № 8; в ординаторском требовании (форма № 1) указывают количество заказанных блюд отдельно на завтрак, обед и ужин.

Организация лечебного питания в военно-лечебных учреждениях

1340. Лечебное питание организуется во всех военно-лечебных учреждениях.

1341. Общее руководство организацией лечебного питания, ответственность за его состояние и за законное расходование продуктов возлагается на начальника госпиталя (лазарета) и его заместителя по снабжению. Непосредственную ответственность за организацию лечебного питания несут: заместитель начальника госпиталя по медицинской части, врач-диетолог (диетсестра) и начальник отделения продовольственного снабжения (начальник продовольственного снабжения).

1342. При отсутствии штатных должностей врача-диетолога и диетсестры по распоряжению начальника госпиталя выделяются внештатный врач-диетолог и диетсестра из числа медсостава, знающего основы диетотерапии и лечебной кулинарии. Врач-диетолог подчиняется непосредственно начальнику медицинской части и работает в тесном контакте с врачами отделений.

1343. Лечебное питание состоит из различных по составу и кулинарной обработке диет и из специальных режимов.

1344. Диетотерапия строится так, чтобы больной по мере улучшения болезненного процесса постепенно получал все более нагружающие диеты и к моменту выписки по возможности переходил на нормальное питание, т. е. на общий рациональный стол.

1345. Переход с одной диеты на другую совершается ступенеобразно; всякая новая диета служит следующей ступенью диетотерапии на пути к переводу больного на общий рациональный стол. Чрезмерно длительное пребывание на одной и той же диете противопоказано при большинстве заболеваний. При некоторых заболеваниях рекомендуются разгрузочные дни.

1346. Лечебное питание назначает лечащий врач во время утреннего осмотра больного и вносит назначение в историю болезни.

1347. Лечебное питание строится либо по типу группового питания по системе «твердой раскладки», либо при возможности по «полуресторанной» системе, когда больному предоставляется выбор из нескольких блюд, намеченных заранее по каждой диете; в этом случае блюда записывает сам больной накануне в бланке заказа.

1348. Вновь поступившим больным дежурный врач при соответствующих показаниях наряду с лечебными мероприятиями назначает и диету. При назначении лечебных диет руководствуются их характеристикой и нумерацией (приложение 16).

1349. В военно-лечебных учреждениях Министерства обороны устанавливается девятнадцать групповых лечебных диет (диеты от 0 до 15 и их варианты).

1350. В зависимости от мощности и назначения военно-лечебного учреждения может быть обеспечено то или иное количество диет.

1351. Раскладку продуктов лечебного питания в военно-лечебных учреждениях составляют на 2—3 дня для каждой диеты в отдельности.

Для удобства назначения блюд, расчета продуктов и стоимости в военно-лечебном учреждении должна быть картотека блюд с характеристикой химического состава, описанием технологии приготовления, указанием количества и стоимости расходуемых продуктов, а также калорийности данного блюда, содержания витаминов и солей.

1352. Набор продуктов для разных диет различен, так как продукты, которые разрешаются при одном заболевании,

могут быть противопоказаны при другом. На этом основании производится замена продуктов в соответствии с таблицей замен.

1353. Количество продуктов, запланированное на каждый день, позволяет приготовлять полноценные блюда лечебного питания.

1354. Все продукты, положенные по норме, как основные, так и замененные по таблице, должны быть использованы полностью, без остатка.

1355. Начальник отделения продовольственного снабжения 3 раза в месяц докладывает начальнику военно-лечебного учреждения о фактическом расходовании продуктов за 10 дней и об отклонении от положенного по норме.

Правильное планирование исключает возможность перерасхода или недорасхода продуктов. При этом проводимые в течение квартала замены продуктов не должны превышать сметную стоимость установленных норм суточного довольствия по госпитальному пайку.

ВЕЩЕВОЕ ДОВОЛЬСТВИЕ И БАННО-ПРАЧЕЧНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ВОЕННО-ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Особенности вещевого довольствия

1356. По распоряжению начальника госпиталя в приемном и лечебно-диагностических отделениях создается запас госпитального белья, одежды и обуви. Он предназначается для выдачи прибывающим больным, для обмена между отделениями и выдачи дежурному персоналу, работающему ночью, если эти предметы потребуются для больных. Запас не должен превышать установленных для госпиталя норм содержания.

1357. При переводе больных в пределах военно-лечебного учреждения находящиеся на больных белье, обувь и одежду немедленно возмещают отделению, откуда больные переведены, из запасов отделения, в которое они поступили.

Принцип обмена соблюдается также при сдаче белья в стирку, ремонт, при замене негодного белья. Исключение составляют случаи, когда имущество сдается без замены на основании накладной, подписанной начальником отделения вещевого снабжения.

1358. Выдавать имущество военно-лечебного учреждения во временное пользование воинским частям, учреждениям, а также личному составу категорически запрещается.

Банно-прачечное обслуживание

1359. Организация банно-прачечного обслуживания возлагается:

— в части обеспечения отделений и служб чистым бельем и мылом, парикмахерскими принадлежностями, спецодеждой, мочалками, обеспечения мытья больных и стирки белья — на начальника отделения вещевого снабжения;

— в части обеспечения нормальной эксплуатации душевых, ванн и прачечной — на начальника квартирно-эксплуатационного отделения.

1360. Больные, поступающие в госпиталь, проходят санитарную обработку, после чего получают чистое нательное белье. Смена нательного и постельного белья производится регулярно в дни, установленные распорядком госпиталя.

1361. Очередность приема больными душа и гигиенических ванн в госпитале устанавливает начальник медицинской части. Помывка должна проводиться не реже одного раза в 7 дней.

Запасы белья для смены после мытья больных хранятся у сестер-хозяек лечебно-диагностических отделений.

1362. Грязное белье, собранное в отделениях, упаковывают в мешки и сдают в тот же день на склад грязного белья, откуда оно поступает в прачечную.

Белье заразных больных должно быть обезврежено. До отправки в стирку его замачивают не менее трех часов в 3% растворе кристаллической карболовой кислоты или в 5% растворе нафтализола.

1363. Нательное и теплое белье, полотенца, носки или портянки, подворотнички и носовые платки, с которыми поступили больные, не обезличиваются и подлежат обязательной стирке (отдельно от госпитальных вещей) средствами лечебного учреждения бесплатно. Летнее хлопчатобумажное обмундирование солдат, матросов, сержантов подлежит стирке в случае его загрязненности.

Обмундирование генералов, адмиралов и офицеров и одежда членов их семей, а также верхнее шерстяное обмундирование солдат, матросов и сержантов не стираются, а подвергаются чистке.

1364. Вещевой склад военно-лечебного учреждения должен иметь четыре отделения (кладовые) для хранения:

— постоянных запасов белья и одежды;

— текущих (расходных) запасов белья и одежды;

- грязного белья до сдачи в стирку;
— имущества, переведенного в четвертую категорию.

1365. Отделения и службы сдают грязное белье непосредственно в кладовую для грязного белья. Одновременно сдатчик получает из расходной кладовой на обмен такое же количество чистого белья. Если в кладовой нет каких-либо предметов белья, заведующий вещевым складом выдает сдавшему долговую квитанцию на недоданные вещи.

Начальник отделения вещевого снабжения должен принимать все меры к тому, чтобы в расходной кладовой вещевого склада всегда было нужное количество белья.

1366. Заведующий вещевым складом сдает принятое белье в госпитальную или гарнизонную прачечную или прачечную гражданских организаций по накладной установленной формы, за подписью своей и начальника отделения вещевого снабжения. В накладной указывают: наименование предметов, количество (цифрами и прописью), отличительные признаки и общий вес имущества, а также количество сдаваемого для стирки мыла.

1367. Чистое белье из прачечной принимают по выданным ранее накладным.

1368. Дезинфицировать грязное белье в дезинфекционных камерах запрещается, так как бучением или кипячением белья в прачечных вполне достигается его дезинфекция (дезинсекция).

Клеймение белья

1369. Клеймение белья и постельных принадлежностей производится в порядке, принятом в частях Советской Армии и Военно-Морского Флота.

Клеймо № 1 ставят на белье, постельных принадлежностях, предметах верхней одежды и теплых вещах, выдаваемых из складов военно-лечебных учреждений в отделения; клеймо № 2 — на постельных принадлежностях для обозначения отделений; клеймо № 3 — при сдаче нательного и постельного белья и полотенец в стирку в прачечные вне своей части.

Стирка белья

1370. В зависимости от местных условий белье стирают:
— в прачечных военно-лечебного учреждения;
— в гарнизонных (войсковых) прачечных;
— в гражданских прачечных.

В последнем случае стирка производится по договорам, заключаемым в начале года.

Механические прачечные, как правило, организуются при госпиталях, рассчитанных на 200 коек и более; в остальных случаях организуются ручные прачечные или белье сдают в гарнизонные и гражданские прачечные.

1371. Размер денежных средств, отпускаемых на банно-прачечные нужды военно-лечебным учреждениям, определяется нормами, установленными Главным военно-медицинским управлением Министерства обороны Союза ССР.

Прием вещей от больных и их хранение

1372. Вещи, деньги и документы, сдаваемые больными при поступлении в военно-лечебное учреждение, должны быть тщательно проверены, в установленном порядке приняты и сданы на хранение.

1373. Дежурная сестра принимает от поступившего больного в приемном отделении вещи и заполняет на них накладную (форма № 44, объявленная приказом МО № 134 1956 г.) в трех экземплярах: первый выдают больному, второй — заведующему складом, третий (корешок) остается. В накладной обязательно указывают отличительные признаки принятых вещей (например: новое, суконное, поношенное и т. п.). Если чемодан или сундук с вещами больного сдан запертым на замок, об этом тоже делают пометку в накладной. В тех случаях, когда чемодан или сундук сдают открытым, дежурная медицинская сестра в присутствии больного и кого-либо из лиц, обслуживающих приемное отделение, составляет опись вещей. Опись прилагается ко второму экземпляру накладной.

1374. Для временного хранения вещей, принятых от больных, в приемном отделении устраивается отдельная кладовая. Если помещения для кладовой нет, принятые вещи хранят в специальном шкафу. Вещи больных должны быть очищены от пыли, грязи, обувь смазана.

1375. Для хранения вещей больных в каждом военно-лечебном учреждении должен быть склад, оборудованный вешалками и полками для обуви, или индивидуальные шкафы (ГОСТ № 5390—51) по числу штатного количества коек.

1376. Выдача вещей из склада производится по предъявлении заведующему первого экземпляра накладной. В этой накладной больной расписывается в получении вещей.

1377. Прием, хранение, учет и выдача собственных денег, ценных бумаг и других ценностей больных, находящихся на

лечении в военно-лечебных учреждениях, осуществляются в соответствии с правилами, изложенными в приложении 12 к ст. 316—319 «Положения о финансовом хозяйстве воинской части Советской Армии» (приказ Военного Министра № 80 1950 г.).

Прием и сдача вещей умерших

1378. Для приема вещей и документов умершего создается специальная комиссия в составе: начальника отделения вещевого снабжения (председатель), старшей медицинской сестры и сестры-хозяйки (кастелянша) отделения, в котором умер больной.

Комиссия должна осмотреть и принять вещи и документы, принадлежавшие умершему, и составить акт. В нем подробно перечисляются все вещи и их отличительные признаки. Закрытые чемоданы и сундучки комиссия вскрывает, находящиеся в них вещи перечисляет в акте.

К акту прикладывают имевшуюся у умершего накладную на принятые вещи. Вещи, находившиеся при умершем в палате, сдают под расписку на акте заведующему складом для приобщения к вещам, находящимся в складе. В акте указывают также вещи, использованные при погребении умершего, и вещи, подлежащие пересылке родственникам или в воинскую часть (учреждение).

1379. При погребении трупов солдат, матросов, курсантов, сержантов и старшин используют хлопчатобумажные гимнастерку, шаровары и одну пару белья, принадлежавшие умершему; наволочку подушечную верхнюю, простыню, пару носков и пару туфель выдает на погребение военно-лечебное учреждение.

1380. Собственные вещи умерших солдат, матросов, курсантов, сержантов и старшин срочной службы отправляют их родственникам, а оставшееся обмундирование и снаряжение — в воинскую часть (учреждение) по месту бывшей службы.

1381. Личные вещи умерших генералов, адмиралов, офицеров, сержантов, старшин сверхсрочной службы отправляют их родственникам. Личные вещи умерших членов семей военнослужащих и служащих Советской Армии и Военно-Морского Флота также отправляют их родственникам.

За своевременную отправку родственникам вещей и документов умерших отвечает начальник военно-лечебного учреждения.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ

Объем медицинского обследования в основном определяется схемой медицинской книжки солдата, матроса, сержанта, старшины срочной службы и курсанта (форма № 1). В необходимых случаях программа обследования может быть дополнена специальными исследованиями согласно особым указаниям.

При первичном и очередном медицинском обследовании производятся: исследование физического развития, осмотр полости рта, исследование органов зрения и слуха, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, нервной системы и др. Обязательно производится рентгенологическое исследование грудной клетки (флюорография, рентгеноскопия), а в необходимых случаях — и лабораторное исследование.

Перед началом обследования производится подготовка и проверка медицинских книжек на весь личный состав подразделений, подлежащих обследованию в данный день. Перед обследованием молодого пополнения в книжке заблаговременно заполняется паспортная часть и заносятся общие сведения об обследуемых, полученные при их опросе.

Обследование обычно начинается с антропометрических измерений, которые проводятся по следующим правилам.

При измерении роста стоя измеряемый становится на площадку ростомера, прикасаясь к его стойке тремя точками — межлопаточной областью, ягодицами и пятками; голова должна находиться в таком положении, чтобы от надкозелковой вырезки уха к наружному углу глазной щели можно было провести горизонтальную линию; планшетка ростомера должна плотно прилегать к голове. При измерении роста сидя измеряемый плотно усаживается на

скамейке, прислонясь к стойке ростомера двумя точками — лопаточной областью и ягодицами; положение головы то же, что при измерении роста стоя.

Взвешивание производится на медицинских весах (точность взвешивания — до 100 *г*).

Окружность грудной клетки измеряют сантиметровой лентой. Измеряемый стоит свободно с опущенными вниз руками; лента должна проходить спереди по нижнему сегменту соскового кружка, а сзади ее накладывают таким образом, чтобы она проходила под нижними углами лопаток. При измерениях грудной клетки в фазе паузы измеряемому предлагают громко считать: раз, два, три; при измерениях в фазах вдоха и выдоха отмечают соответственно максимальную и минимальную величины, найденные при двух—трех полных вдохах (выдохах). Экскурсия грудной клетки устанавливается путем вычитания из цифры максимального вдоха цифры максимального выдоха.

При определении жизненной емкости легких с помощью спирометра отмечают максимальный результат после двух—трех исследований; обращают внимание на обучение обследуемых полному вдоху и выдоху. Точность измерений — до 100 *см*^{3}.

При измерении силы кистей в свободно опущенную вниз руку обследуемого вкладывают динамометр в наиболее удобном положении так, чтобы пальцы не мешали вращению стрелки прибора. Отмечают наибольшие показания для обеих рук после двух—трех сжатий динамометра правой и левой рукой.

При измерении становой силы ручка динамометра находится на уровне колен обследуемого; при выпрямлении корпуса обследуемого ноги в коленях и руки в локтях не должны быть согнуты; крюк стойки прибора должен находиться у основания больших пальцев стоп.

Окружность живота[1] измеряют в положении обследуемого стоя при спокойном дыхании; сантиметровую ленту накладывают горизонтально на уровне пупка.

При измерении окружности плеча обследуемый поднимает руку до горизонтального положения и сгибает ее в локтевом суставе с наибольшим напряжением; сантиметровую ленту накладывают на двуглавую мышцу плеча в наиболее выпуклом ее месте.

---

[1] Окружность живота, плеча, бедра и голени измеряют по мере надобности.

Окружность плеча в спокойном положении измеряют, не снимая ленты, на том же месте при выпрямленной и опущенной вниз руке.

При измерении окружности бедра и голени обследуемый стоит, расставив ноги на полшага (при этом тяжесть тела равномерно распределяется на обе ноги); сантиметровую ленту накладывают на самое широкое место бедра таким образом, чтобы она сзади прошла под складкой ягодичной мышцы или несколько ниже и образовала на бедре окружность, параллельную полу; при измерении окружности голени ленту накладывают горизонтально на наиболее широкое место голени.

При измерениях пользуются такой сантиметровой лентой, которая не поддается растяжению (точность измерений сантиметровой лентой — 0,5 *см*).

Перед началом измерений каждый раз тщательно проверяют правильность показаний антропометрических инструментов.

После антропометрических измерений врач изучает телосложение путем общего наружного осмотра; при этом он отмечает неправильности развития костного скелета, грудной клетки, искривления позвоночника, плоскостопие, состояние питания и развитие мышечной системы, движения в суставах, состояние лимфатических узлов.

Состояние питания оценивается в зависимости от развития подкожного жирового слоя. При слабом развитии подкожного жирового слоя рельеф костей плечевого пояса, особенно ключиц и лопаток, выступает отчетливо; при среднем рельеф костей плечевого пояса ясно не вырисовывается; при хорошем — он совершенно сглажен, формы тела имеют округлый вид.

Развитие мышечной системы врач определяет, руководствуясь следующей примерной схемой.

Группа I — «хорошее развитие мышечной системы» — характеризуется рельефным выступанием контуров мышц, их массивностью, существенным увеличением их объема при сокращении (напряжении).

При хорошо развитой мускулатуре в спокойном, ненапряженном состоянии отчетливо видны: выступающий нижний край большой грудной мышцы, углубленная белая линия живота и продольное углубление по наружному краю прямой мышцы живота; при поднятой руке — выступающие на боковой поверхности груди зубцы переднезубчатой мышцы, продольное углубление между крестцово-остистыми

мышцами в области поясницы; при стоянии на носках — рельефно выступающие части четырехглавой мышцы (в нижней половине бедра) и икроножные мышцы.

При оценке развития мышечной системы необходимо учитывать степень отложения подкожной жировой клетчатки, а также особенности скелетной мускулатуры у лиц высокого роста с малорельефными мышцами.

Группа II — «среднее развитие мышечной системы». Во всех случаях, когда мышечная система по своему развитию не может быть отнесена ни к первой, ни к третьей группе, развитие мышечной системы у обследуемого надо считать средним и относить его ко второй группе.

Группа III — «слабое развитие мышечной системы» — характеризуется незначительным выступанием контуров мышц, малыми периметрами конечностей, отвисанием живота, особенно нижней его части, выпячиванием брюшной стенки в паховой области при натуживании, выступанием ключиц и гребня лопаток; расхождением нижних углов лопаток с отставанием их от грудной клетки (крыловидные лопатки), незначительным увеличением поперечника мышц при их сокращении, дряблостью в расслабленном состоянии и недостаточной упругостью при напряжении.

Перед объективным обследованием собирают анамнез (особенно подробно — при первичном обследовании), а вслед за этим выясняют, есть ли у обследуемого жалобы на состояние здоровья.

При наличии жалоб их надо уточнить, выяснить характер, локализацию болезненных ощущений, время их появления, связь с физической нагрузкой, приемом пищи и т. п. Полное отсутствие жалоб отнюдь не исключает необходимости внимательного осмотра данного лица.

При исследовании органа зрения определяют остроту зрения каждого глаза в отдельности по таблице Головина-Сивцева или Сивцева на расстоянии 5 *м* при хорошем освещении таблиц (результаты исследования отмечают в медицинской книжке, указывая остроту зрения согласно показаниям таблицы); осматривают при помощи лупы при боковом освещении наружный отдел глаз — конъюнктиву глазного яблока, роговицы, радужную оболочку; определяют состояние зрачка, его форму, реакцию на свет, аккомодацию; проверяют, нет ли выделения гноя из слезных точек; осматривают слизистую оболочку век (зернистость, шероховатость, рубцы), а также края век.

При исследовании уха, горла, носа обращают внимание на состояние носового дыхания (свободно, затруднено, отсутствует), выясняют, нет ли выделений из носа и если есть — какого они характера; не страдает ли обследуемый ангинами; каково состояние небных миндалин, нет ли лакун и пробок в них; каково состояние голоса; проверяют, нет ли выделений серы или гноя из ушей. Остроту слуха на шепотную речь определяют на каждое ухо и отмечают в медицинской книжке (на каком расстоянии шепотная речь улавливается).

При исследовании органов грудной клетки обращают внимание на частоту, глубину и ритмичность дыхательных движений; определяют перкуссией и аускультацией состояние легких, плевры, сердца, крупных кровеносных сосудов; устанавливают число пульсовых ударов, ритм пульса, наличие набухания вен, варикозного расширения; устанавливают с помощью тонометра величину артериального давления. Данные физикального исследования органов грудной клетки сравниваются с данными рентгенологического исследования.

При необходимости более полного исследования сердечно-сосудистой системы проводят функциональную пробу следующим способом.

У обследуемого после обязательного отдыха в течение 2—3 минут в сидячем положении сосчитывают пульс и измеряют артериальное давление; затем обследуемому, не снимая с его руки манжетки, а только отъединяя ее от тонометра, предлагают сделать 20 глубоких приседаний в течение 30 секунд. Тотчас по окончании движений обследуемый садится, у него вновь сосчитывают пульс и измеряют артериальное давление. Эти исследования повторяют в третий раз после двухминутного отдыха обследуемого в положении сидя [1].

Исследование органов брюшной полости производят путем пальпации и перкуссии; определяют наличие болезненности и локализацию болезненных точек, мышечную защиту; наличие увеличенных лимфатических узлов в брюшной полости; определяют состояние печени и селезенки (пальпация, перкуссия), толстого кишечника в области слепой и сигмовидной кишок; отмечают расхождение прямых мышц

[1] Подробная методика и оценка результатов функциональной пробы с двадцатью приседаниями см. Руководство по медицинскому обеспечению физической подготовки и спорта в Советской Армии и на Военно-Морском Флоте.

живота, выпячивание пупка и паховых колец при натуживании; определяют болезненность при поколачивании области почек (симптом Пастернацкого).

При осмотре половых органов обращают внимание на выделения из мочеиспускательного канала, красноту и отечность краев наружного мочеиспускательного отверстия, наличие корочек и слизистых выделений, на состояние кожи головки полового члена, венечной бороздки и внутреннего листка крайней плоти. Осматривают мошонку, кожу (рубцы, цвет, эластичность, плотность); определяют, нет ли увеличения яичек и их уплотнения, состояние придатков (уплотнение, узлы, увеличение), состояние семенных канатиков (расширение вен, уплотнение). Одновременно с исследованием половых органов осматривают промежность и область вокруг заднего прохода (рубцы, уплотнение, узлы, краснота, мацерация, трещины).

При исследовании нервно-психической деятельности обращают внимание на состояние эмоциональной сферы (возбудимость, угнетенность), на интеллект (плохое усвоение, трудность сосредоточения внимания), память (забывание текущих событий), а также на сон (бессонница, разговор во сне, вскакивания). Целесообразно сопоставление наблюдений непосредственных начальников и лиц медицинского состава с данными объективного исследования и материалами, характеризующими обследуемого до призыва. Особое внимание обращают на имевшие место в прошлом травмы черепа, контузии, судорожное состояние и ночное недержание мочи.

Объективное исследование функций нервной системы ведут общепринятыми методами. С особой тщательностью обследуют черепномозговые нервы (состояние зрачков, подвижность глазных яблок, поле зрения, нистагм, состояние лицевой мускулатуры и т. д.). Раздельно для каждой руки и ноги испытывают объем пассивных и активных движений, мышечную силу, тонус и координацию. Статику проверяют при открытых и закрытых глазах (устойчивость в позе Ромберга).

При обследовании рефлекторной сферы обращают внимание на равномерность сухожильных, надкостничных и кожных рефлексов с обеих сторон тела, расширение рефлексогенных зон и наличие патологических рефлексов и клонусов.

Исследование чувствительности проводится в пределах, дающих возможность исключить грубые расстройства.

В заключение исследуют функции вегетативной нервной системы — дермографизм, потоотделение.

При очередных обследованиях лиц, находящихся на специальном учете медицинской службы, особенно тщательно исследуют системы органов, в функции которых при предыдущем обследовании или после него отмечались те или иные патологические отклонения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ГЕНЕРАЛОВ, АДМИРАЛОВ, ОФИЦЕРОВ, СЛУШАТЕЛЕЙ ВЫСШИХ ВОЕННО-УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ И ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СВЕРХСРОЧНОЙ СЛУЖБЫ

При медицинском обследовании необходимо уделять большое внимание анамнезу, который для правильной диагностики имеет исключительное значение. При собирании анамнеза следует выяснять условия жизни, труда и быта обследуемого. Запись анамнестических данных и сведений об условиях труда и быта производится в соответствии со схемой, имеющейся в медицинской книжке.

При наличии жалоб на состояние здоровья их уточняют в отношении локализации болезненных ощущений, времени их появления и связи с определенными моментами. Полученные сведения должны вместе с данными клинических обследований служить основанием для диагностики имеющихся заболеваний, общей оценки состояния здоровья обследуемого и лечебно-профилактических мероприятий.

Медицинское обследование начинается с антропометрических измерений: определяются вес, рост, окружность грудной клетки и живота, производится спирометрия, динамометрия.

При общем осмотре выявляют состояние питания (ожирение, исхудание), состояние костно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата (наличие или отсутствие отклонений), состояние лимфатического аппарата.

При исследовании состояния сердечно-сосудистой системы, кроме общих клинических методов исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация сердца и сосудов), необходимо проводить рентгеноскопию и функциональные пробы.

При исследовании сердечно-сосудистой системы особое внимание должно быть обращено на выявление признаков гипертонической болезни, атеросклероза, нарушения венечного кровообращения, ревмокардита, пороков сердца, недостаточности кровообращения.

При исследовании органов дыхания, помимо осмотра, перкуссии и аускультации, каждого обследуемого подвергают рентгеноскопии легких, а при показаниях — рентгенографии. Особое внимание при этом должно быть уделено раннему выявлению туберкулеза легких, злокачественных новообразований, а также хронических неспецифических заболеваний легких (пневмосклероз, бронхоэктатическая болезнь, эмфизема легких, хроническая интерстициальная пневмония), которые могут привести к легочно-сердечной недостаточности.

При исследовании органов брюшной полости применяют обычные методы физикального исследования (пальпация живота, печени, селезенки, области желудка, толстого кишечника). Всех лиц, имеющих в анамнезе те или иные заболевания органов пищеварения и предъявляющих соответствующие жалобы, необходимо подвергнуть обследованию с применением лабораторных, рентгенологических и инструментальных исследований (при наличии показаний обследование должно проводиться в условиях стационара). Для лиц, страдающих хроническими желудочно-кишечными заболеваниями, рентгеноскопия желудка обязательна (вне зависимости от возраста). Особое внимание обращают на раннее распознавание язвенной болезни и рака желудка, острых и хронических заболеваний печени, заболеваний кишечника различного происхождения, особенно хронической дизентерии. Лицам с обострением хронических заболеваний кишечника по показаниям проводят (в стационарных условиях) ректороманоскопию с бактериологическим посевом на дизентерийную группу.

При исследовании мочеполовой системы, в зависимости от жалоб, анамнеза и других показаний, помимо общеклинических (осмотр, пальпация), проводят лабораторные и необходимые рентгенологические и инструментальные исследования. В процессе обследования лиц пожилого возраста необходимо обращать внимание на нарушение у них функции мочевыводящих путей, состояние предстательной железы для выявления ранних стадий ее гипертрофии и новообразований. В этих случаях обязательно пальцевое исследование прямой кишки.

Психоневрологическое обследование проводится по общепринятой методике. При собирании анамнеза особое внимание обращают на выявление физических или психических травм. Важно иметь данные служебных характеристик и прежних медицинских наблюдений.

Необходимо тщательно оценивать жалобы обследуемого.

При исследовании нервной системы большое значение имеет правильная оценка выявленных органических симптомов. При наличии показаний психоневрологическое обследование должно быть проведено в условиях стационара.

При хирургическом обследовании врач, помимо выявления наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний (заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата, расширение и воспаление вен, грыжи и т. д.), должен с целью раннего обнаружения злокачественных новообразований обращать внимание на имеющиеся у обследуемого опухоли, рубцы, долго не заживающие свищи, на состояние заднего прохода и прямой кишки (геморрой, трещины, кровотечения и др.). Во всех сомнительных случаях прибегать к пальцевому исследованию и ректоскопии. Для своевременной диагностики облитерирующего эндартериита обязательно прощупывание пульса задне-берцовой артерии и артерии тыла стопы.

Исследование ЛОРорганов проводится по общепринятой схеме. Особенно тщательно проверяют состояние небных миндалин.

При исследовании органа зрения, помимо определения остроты зрения, состояния конъюнктивы, сред глаза, аккомодации и пр., обязательно проверяют глазное дно, что особенно важно для диагностики сердечно-сосудистых, почечных заболеваний и некоторых поражений центральной нервной системы.

При исследовании полости рта определяется состояние слизистой рта и языка, зубов и краевого пародонта, слюнных желез и челюсти.

Всем обследуемым проводят обязательные лабораторные исследования:

а) анализ крови на гемоглобин, количество лейкоцитов, РОЭ;

б) исследование мочи (утренняя порция).

Исследование кала на яйца глистов проводится не менее раза в 3 года.

При обнаружении патологических отклонений исследование должно быть обязательно повторено. Лабораторные дан-

ные оцениваются в комплексе с общими данными обследования.

Кроме обязательных лабораторных исследований, в зависимости от показаний необходимо прибегать к исследованиям желудочного сока, желчи, кала, мокроты, биохимическим исследованиям крови и т. д.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

СРЕДНИЕ ВЕЛИЧИНЫ ПРИЗНАКОВ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Оценка полученных при обследованиях антропометрических данных производится по приводимым ниже таблицам физического развития военнослужащих различных возрастов (табл. 1—7), причем необходимо руководствоваться следующим:

а) для оценки величины роста в табл. 1 в шкале, соответствующей возрасту обследуемого, находят графу, в пределах которой заключается величина роста: «Очень низкий», «Низкий», «Средний», «Высокий», «Очень высокий»;

б) оценка величины окружности грудной клетки производится по возрастным таблицам средних соотношений величин окружности груди и роста (табл. 2—4); для этого в горизонтальной строке, соответствующей величине роста обследуемого, отыскивают группы цифр, в пределах которых заключается полученная при обследовании величина окружности грудной клетки, и затем дается оценка величины окружности груди;

Таблица 1

Оценка величины роста

Оценка роста / Возрастная группа	Очень низкий	Низкий	Средний	Высокий	Очень высокий
	Рост в сантиметрах				
19—20 лет	Меньше 156,2	156,2—161,9	162,0—173,0	173,1—179,0	Больше 179,0
21—22 года	Меньше 157,5	157,5—163,0	163,1—174,4	174,5—180,0	Больше 180,0
23—24 „	Меньше 157,6	157,6—163,3	163,4—174,7	174,8—180,3	Больше 180,3

Таблица 2

Оценка величины окружности грудной клетки

Возраст: 19—20 лет

Грудная клетка / Рост (в *см*)	Очень узкая	Узкая	Средняя	Широкая	Очень широкая
	Окружность груди в сантиметрах				
186	Меньше 84,7	84,7—88,0	88,1—94,9	95,0—98,3	Больше 98,3
184	„ 84,2	84,2—87,5	87,6—94,4	94 5—97,8	„ 97,8
182	„ 83,7	83,7—87,0	87,1—93,9	94,0—97,4	„ 97,4
180	„ 83,2	83,2—86,5	86,6—93,5	93,6—96,9	„ 96,9
178	„ 82,8	82,8—86,1	86,2—92,9	93,0—96,4	„ 96,4
176	„ 82,3	82.3—85,6	85,7—92,5	92,6—95,9	„ 95,9
174	„ 81,8	81,8—85,1	85,2—92,0	92,1—95,4	. 95,4
172	„ 81,3	81,3—84,6	84,7—91,5	91,6—94,9	. 94,9
170	„ 80,8	80,8—84,1	84,2—91,0	91 1—94,5	„ 94,5
168	„ 80,3	80,3—83,6	83,7—90,6	90,7—93,9	„ 93,9
166	„ 79,8	79,8—83,1	83,3—90,1	90,1—93,5	„ 93,5
164	„ 79,4	79,4—82,7	82,8—89,6	89,7—93,0	„ 93,0
162	„ 78,9	78,9—82,2	82,3—89,1	89,2—92,5	„ 92,5
160	„ 78,4	78,4—81,7	81,8—88,6	88,7—92,0	„ 92,0
158	„ 77,9	77,9—81,3	81,4—88,1	88,2—91,5	„ 91,5
156	„ 77,4	77,4—80,7	80,8—87,7	87,8—91,1	„ 91,1
154	„ 76,9	76,9—80,3	80,4—87,2	87,3—90,6	„ 90,6
152	„ 76,5	76,5—79,8	79,9—86,7	86,8—90,1	„ 90,1

в) для оценки величины веса в табл. 5—7 (в зависимости от возраста обследуемых) на пересечении горизонтальной строчки, соответствующей найденной величине роста, и столбца, соответствующего величине окружности груди обследуемого, находят величину веса, которую он должен бы иметь по средним нормам; отклонение полученной при обследовании веса величины от указанной средней величины (М) оценивается следующим образом:

Очень малый вес	Малый вес	Средний вес	Большой вес	Очень большой вес
Ниже М на 6,1 *кг*	Ниже М от 3,1 до 6,0 *кг*	Выше или ниже М до 3 *кг*	Выше М от 3,1 до 6,0 *кг*	Выше М от 6 *кг* и более

Таблица 3

Оценка величины окружности грудной клетки

Возраст: 21—22 года

Рост (в *см*) \ Грудная клетка	Очень узкая	Узкая	Средняя	Широкая	Очень широкая
	Окружность груди в сантиметрах				
186	Меньше 85,3	85,3—88,6	88,7—95,7	95,8—99,1	Больше 99,1
184	„ 84,8	84,8—88,1	88,2—95,2	95,3—98,6	„ 98,6
182	„ 84,3	84,3—87,7	87,8—94,7	94,8—98,2	„ 98,2
180	„ 83,8	83,8—87,2	87,3—94,2	94,3—97,7	„ 97,7
178	„ 83,3	83,3—86,7	86,8—93,7	93,8—97,2	„ 97,2
176	„ 82,8	82,8—86,2	86,3—93,2	93,3—96,7	„ 96,7
174	„ 82,4	82,4—85,7	85,8—92,7	92,8—96,2	„ 96,2
172	„ 81,9	81,9—85,2	85,3—92,3	92,4—95,7	„ 95,7
170	„ 81,4	81,4—84,7	84,8—91,8	91,9—95,2	„ 95,2
168	„ 80,9	80,9—84,3	84,4—91,3	91,4—94,7	„ 94,7
166	„ 80,4	80,4—83,8	83,9—90,8	90,9—94,3	„ 94,3
164	„ 79,9	79,9—83,3	83,4—90,3	90,4—93,8	„ 93,8
162	„ 79,4	79,4—82,8	82,9—89,8	89,9—93,3	„ 93,3
160	„ 78,9	78,9—82,7	82,8—89,3	89,4—92,8	„ 92,8
158	„ 78,5	78,5—81,8	81,9—88,9	89,0—92,3	„ 92,3
156	„ 77,9	77,9—81,3	81,4—88,4	88,5—91,8	„ 91,8
154	„ 77,5	77,5—80,8	80,9—88,4	88,5—91,3	„ 91,3
152	„ 77,1	77,1—80,4	80,5—87,4	87,5—90,9	„ 90,9

Таблица 4

Оценка величины окружности грудной клетки

Возраст: 23—24 года

Грудная клетка / Рост (в *см*)	Очень узкая	Узкая	Средняя	Широкая	Очень широкая
	Окружность груди в сантиметрах				
186	Меньше 86,1	86,1—89,4	89,5—96,4	96,5—99,8	Больше 99,8
184	„ 85,6	85,6—88,9	89,0—95,9	96,0—99,3	„ 99,3
182	„ 85,1	85,1—88,5	88,6—95,4	95,5—98,8	„ 98,8
180	„ 84,7	84,7—88,0	88,1—94,9	95,0—98,4	„ 98,4
178	„ 84,2	84,2—87,5	87,6—94,5	94,6—97,9	„ 97,9
176	„ 83,7	83,7—87,1	87,2—94,0	94,1—97,4	„ 97,4
174	„ 83,3	83,3—86,6	86,7—93,5	93,6—96,9	„ 96,9
172	„ 82,8	82,8—86,1	86,2—93,1	93,2—96,5	„ 96,5
170	„ 82,3	82,3—85,6	85,7—92,6	92,7—96,0	„ 96,0
168	„ 81,8	81,8—85,2	85,3—92,1	92,2—95,6	„ 95,6
166	„ 81 4	81,4—84,7	84,8—91,7	91,8—95,1	„ 95,1
164	„ 80,9	80,9—84,2	84,3—91,2	91,3—94,6	„ 94,6
162	„ 80,4	80,4—83,8	83,9—90,7	90,8—94,1	„ 94,1
160	„ 79,9	79,9—83,3	83,4—90,2	90,3—93,7	„ 93,7
158	„ 79,5	79,5—82,8	82,9—89,8	89,9—93,2	„ 93,2
156	„ 79,0	79,0—82,4	82,5—89,3	89,4—92,7	„ 92,7
154	„ 78,6	78,6—81,8	81,9—88,8	88,9—92,3	„ 92,3
152	„ 78,1	78,1—81,4	81,5—88,4	88,5—91,8	„ 91,8

Таблица 5

Оценка величины веса

Возраст: 19—20 лет

Окружность груди (в *см*)	71	73	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103
Рост (в *см*)	Вес в килограммах																
186						65,2	66,4	67,6	68,9	70,1	71,3	72,5	73,7	75,0	76,2	77,4	78,6
185						64,7	65,9	67,2	68,4	69,6	70,8	72,0	73,3	74,5	75,7	76,9	78,1
184						64,2	65,4	66,7	67,9	69,1	70,3	71,5	72,8	74,0	75,2	76,4	77,6
183						63,7	65,0	66,2	67,4	68,6	69,8	71,1	72,3	73,5	74,7	75,9	77,2
182						63,3	64,5	65,7	66,9	68,1	69,4	70,6	71,8	73,0	74,2	75,5	76,7
181						62,8	64,0	65,2	66,4	67,7	68,9	70,1	71,3	72,5	73,8	75,0	76,2
180					61,1	62,3	63,5	64,7	66,0	67,2	68,4	69,6	70,8	72,1	73,3	74,5	75,7
179					60,6	61,8	63,0	64,3	65,5	66,7	67,9	69,1	70,4	71,6	72,8	74,0	75,2
178					60,1	61,3	62,2	63,8	65,0	66,2	67,4	68,7	69,9	71,1	72,3	73,5	74,8
177					59,6	60,9	62,1	63,3	64,5	65,7	67,0	68,2	69,4	70,6	71,8	73,1	74,3
176				57,9	59,2	60,4	61,6	62,8	64,0	65,3	66,5	67,7	68,9	70,1	71,4	72,6	73,8
175				57,5	58,7	59,9	61,1	62,3	63,6	64,8	66,0	67,2	68,4	69,6	70,9	72,1	73,3
174			55,7	57,0	58,2	59,4	60,6	61,8	63,1	64,3	65,5	66,7	67,9	69,2	70,4	71,6	72,8
173			55,3	56,5	57,7	58,9	60,1	61,4	62,6	63,8	65,0	66,2	67,5	68,7	69,9	71,1	72,3
172		53,6	54,8	56,0	57,2	58,4	59,7	60,9	62,1	63,3	64,5	65,8	67,0	68,2	69,4	70,6	71,9
171		53,1	54,3	55,5	56,7	58,0	59,2	60,4	61,6	62,8	64,1	65,3	66,5	67,7	68,9	70,2	71,4
170	51,4	52,6	53,8	55,0	56,3	57,5	58,7	59,9	61,1	62,4	63,6	64,8	66,0	67,2	68,5	69,7	70,9
169	50,9	52,1	53,3	54,6	55,8	57,0	58,2	59,4	60,7	61,9	63,1	64,3	65,5	66,8	68,0	69,2	70,4
168	50,4	51,6	52,9	54,1	55,3	56,5	57,1	59,0	60,2	61,4	62,6	63,8	65,1	66,3	67,5	68,7	69,9

Продолжение

Окружность груди (в *см*)	71	73	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103
Рост (в *см*)	Вес в килограммах																
167	49,9	51,2	52,4	53,6	54,8	56,0	57,3	58,5	59,7	60,9	62,1	63,4	64,6	65,8	67,0	68,2	69,5
166	49,5	50,7	51,9	53,1	54,3	55,6	56,8	58,0	59,2	60,4	61,7	62,9	64,1	65,3	66,5	67,8	69,0
165	49,0	50,2	51,4	52,6	53,9	55,1	56,3	57,5	58,7	60,0	61,2	62,4	63,6	64,8	66,1	67,3	
164	48,5	49,7	50,9	52,1	53,4	54,6	55,8	57,0	58,2	59,5	60,7	61,9	63,1	64,3	65,6		
163	48,0	49,2	50,4	51,7	52,9	54,1	55,3	56,5	57,8	59,0	60,2	61,4	62,6	63,9	65,1		
162	47,5	48,7	50,0	51,2	52,4	53,6	54,8	56,0	57,3	58,5	59,7	60,9	62,2	63,4			
161	47,0	48,3	49,5	50,7	51,9	53,1	54,4	55,6	56,8	58,0	59,2	60,5	61,7	62,9			
160	46,6	47,8	49,0	50,2	51,4	52,7	53,9	55,1	56,3	57,5	58,8	60,0	61,2				
159	46,1	47,3	48,5	49,7	51,0	52,2	53,4	54,6	55,8	57,1	58,3	59,5	60,7				
158	45,6	46,8	48,0	49,2	50,5	51,7	52,9	54,1	55,4	56,6	57,8	59,0					
157	45,1	46,3	47,6	48,8	50,0	51,2	52,4	53,7	54,9	56,1	57,3	58,5					
156	44,6	45,9	47,1	48,3	49,5	50,7	52,0	53,2	54,4	55,6	56,8	58,1					
155	44,2	45,4	46,6	47,8	49,0	50,3	51,5	52,7	53,9	55,1	56,4						
154	43,7	44,9	46,1	47,3	48,5	49,8	51,0	52,2	53,4	54,6	55,9						
153	43,2	44,4	45,6	46,8	48,1	49,3	50,5	51,7	52,9	54,2	55,4						
152	42,7	43,9	45,1	46,4	47,6	48,8	50,0	51,2	52,5	53,7	54,9						
151	42,2	43,4	44,7	45,9	47,1	48,3	49,5	50,8	52,0	53,2	54,4						
150	41,7	43,0	44,2	45,4	46,6	47,8	49,1	50,3	51,5	52,7	53,9						
149	41,3	42,5	43,7	44,9	46,1	47,4	48,6	49,8	51,0	52,2							
148	40,8	42,0	43,2	44,4	45,7	46,9	48,1	49,3	50,5	51,8							
147	40,3	41,5	42,7	44,0	45,2	46,4	47,6	48,8	50,1	51,3							

Таблица 6

Оценка величины веса

Возраст: 21—22 года

Окружность груди (в *см*)	71	73	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103
Рост (в *см*)	Вес в килограммах																
186							68,7	69,8	70,9	72,0	73,1	74,2	75,3	76,4	77,5	78,6	79,7
185							68,2	69,3	70,4	71,5	72,6	73,7	74,8	75,9	77,0	78,1	79,2
184						66,6	67,7	68,8	69,9	71,0	72,1	73,2	74,3	75,4	76,5	77,6	78,7
183						66,1	67,2	68,3	69,4	70,5	71,6	72,7	73,8	74,9	76,0	77,1	78,2
182						65,6	66,7	67,8	68,9	70,0	71,1	72,2	73,3	74,4	75,5	76,6	77,7
181						65,1	66,2	67,3	68,4	69,5	70,6	71,7	72,8	73,9	75,0	76,1	77,2
180					63,5	64,6	65,7	66,8	67,9	69,0	70,1	71,2	72,3	73,4	74,4	75,5	76,6
179					63,0	64,1	65,2	66,3	67,4	68,5	69,6	70,6	71,7	72,8	73,9	75,0	76,1
178					62,5	63,6	64,6	65,8	66,8	67,9	69,0	70,1	71,2	72,4	73,4	74,5	75,6
177				60,9	61,9	63,1	64,1	65,2	66,3	67,4	68,5	69,6	70,7	71,8	72,9	74,0	75,1
176				60,3	61,4	62,5	63,6	64,7	65,8	66,9	68,0	69,1	70,2	71,3	72,4	73,5	74,6
175			58,7	59,8	60,9	62,0	63,1	64,2	65,3	66,4	67,5	68,6	69,7	70,8	71,9	73,0	74,1
174			58,2	59,3	60,4	61,5	62,3	63,7	64,8	65,9	67,0	68,0	69,2	70,3	71,4	72,5	73,6
173		56,6	57,7	58,8	59,9	61,0	62,1	63,2	64,3	65,4	66,5	67,6	68,7	69,8	70,9	72,0	73,1
172		56,1	57,2	58,3	59,4	60,5	61,6	62,7	63,8	64,9	66,0	67,1	68,2	69,3	70,4	71,5	72,6
171	54,5	55,6	56,7	57,8	58,9	60,0	61,1	62,2	63,3	64,4	65,5	66,6	67,6	68,8	69,8	70,9	72,0
170	54,0	55,1	56,2	57,3	58,4	59,5	60,6	61,7	62,8	63,9	65,0	66,0	67,1	68,2	69,3	70,4	71,5
169	53,5	54,6	55,7	56,8	57,9	59,0	60,1	61,2	62,3	63,3	64,4	65,5	66,6	67,7	68,8	69,9	
168	53,0	54,1	55,2	56,3	57,4	58,5	59,5	60,6	61,7	62,8	63,9	65,0	66,1	67,2	68,3	69,4	

Продолжение

Окружность груди (в *см*)	71	73	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103
Рост (в *см*)	Вес в килограммах																
167	52,5	53,6	54,7	55,7	56,8	57,9	59,0	60,1	61,2	62,3	63,4	64,5	65,6	66,7	67,8		
166	51,9	53,0	54,1	55,2	56,3	57,4	58,5	59,6	60,7	61,8	62,9	64,0	65,1	66,2	67,3		
165	51,4	52,5	53,6	54,7	55,8	56,9	58,0	59,1	60,2	61,3	62,4	63,5	64,6	65,7			
164	50,9	52,0	53,1	54,2	55,3	56,4	57,5	58,6	59,7	60,8	61,9	63,0	64,1	65,2			
163	50,4	51,5	52,6	53,7	54,8	55,9	57,0	58,1	59,2	60,3	61,4	62,5	63,6				
162	49,9	51,0	52,1	53,2	54,3	55,4	56,5	57,6	58,7	59,8	60,9	62,0	63,1				
161	49,4	50,5	51,6	52,7	53,8	54,9	56,0	57,1	58,2	59,3	60,4	61,5	62,5				
160	48,9	50,0	51,1	52,2	53,3	54,4	55,5	56,6	57,6	58,7	59,8	60,9	62,0				
159	48,4	49,5	50,6	51,7	52,8	53,9	55,0	56,0	57,1	58,2	59,3	60,4					
158	47,9	49,0	50,1	51,1	52,2	53,4	54,4	55,5	56,6	57,7	58,8	59,9					
157	47,4	48,4	49,5	50,6	51,7	52,8	53,9	55,0	56,1	57,2	58,3	59,4					
156	46,8	48,0	49,0	50,1	51,2	52,3	53,4	54,5	55,6	56,7	57,8	58,9					
155	46,3	47,4	48,5	49,6	50,7	51,8	52,9	54,0	55,1	56,2	57,3						
154	45,8	46,9	48,0	49,1	50,2	51,3	52,4	53,5	54,6	55,7	56,8						
153	45,3	46,4	47,8	48,6	49,7	50,8	51,9	53,0	54,1	55,2	56,3						
152	44,8	45,9	47,0	48,1	49,2	50,3	51,4	52,4	53,6	54,7	55,8						
151	44,3	45,4	46,5	47,6	48,7	49,8	50,9	52,0	53,1	54,1							
150	43,8	44,9	46,0	47,1	48,2	49,3	50,3	51,4	52,5								
149	43,3	44,4	45,5	46,6	47,6	48,7	49,8	50,9	52,0								
148	42,8	43,8	45,0	46,0	47,1	48,2	49,3	50,4	51,5								
147	42,2	43,3	44,4	45,5	46,6	47,7	48,8	50,0									

Таблица 7

Оценка величины веса

Возраст: 23—24 года

Окружность груди (в *см*)	71	73	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103
Рост (в *см*)	Вес в килограммах																
186						68,0	69,1	70,2	71,3	72,4	73,4	74,4	75,6	76,7	77,9	79,0	80,1
185					66,3	67,4	68,5	69,6	70,7	71,8	72,9	74,0	75,1	76,2	77,3	78,4	79,5
184					65,8	66,9	68,0	69,1	70,2	71,3	72,4	73,5	74,6	75,7	76,8	77,9	79,0
183				64,1	65,2	66,3	67,4	68,5	69,6	70,7	71,8	72,9	74,0	75,1	76,3	77,3	78,4
182				63,6	64,7	65,8	66,9	68,0	69,1	70,2	71,3	72,4	73,5	74,6	75,7	76,8	77,9
181				63,1	64,2	65,3	66,4	67,5	68,6	69,7	70,8	71,9	73,0	74,1	75,2	76,3	77,4
180			61,4	62,5	63,6	64,7	65,8	66,9	68,0	69,1	70,2	71,3	72,4	73,5	74,7	75,8	76,8
179			60,9	62,0	63,1	64,2	65,3	66,4	67,5	68,6	69,7	70,8	71,9	73,0	74,1	75,2	76,3
178		59,3	60,4	61,5	62,6	63,7	64,8	65,9	67,0	68,1	69,2	70,3	71,4	72,5	73,6	74,7	75,8
177		58,8	59,9	61,0	62,1	63,2	64,3	65,4	66,5	67,6	68,7	69,8	70,9	72,0	73,1	74,2	75,3
176	57,1	58,2	59,3	60,4	61,5	62,6	63,7	64,8	65,9	67,0	68,1	69,2	70,3	71,4	72,6	73,7	74,7
175	56,6	57,7	58,8	59,9	61,0	62,1	63,2	64,3	65,4	66,5	67,6	68,7	69,8	70,9	72,0	73,1	74,2
174	56,1	57,2	58,3	59,4	60,5	61,6	62,7	63,8	64,9	66,0	67,1	68,2	69,3	70,4	71,5	72,6	73,7
173	55,6	56,7	57,8	58,9	60,0	61,1	62,2	63,3	64,4	65,0	66,6	67,7	68,8	69,9	71,0	72,1	73,2
172	55,0	56,1	57,2	58,3	59,4	60,5	61,6	62,7	63,8	64,9	66,0	67,1	68,2	69,3	70,5	71,6	72,6
171	54,5	55,6	56,7	57,8	58,9	60,0	61,1	62,2	63,3	64,4	65,5	66,6	67,7	68,8	69,9	71,0	72,1
170	54,0	55,1	56,2	57,3	58,4	59,5	60,6	61,7	62,8	63,9	65,0	66,1	67,2	68,1	69,4	70,5	71,6
169	53,4	54,5	55,6	56,7	57,8	58,9	60,0	61,1	62,2	63,3	64,4	65,5	66,6	67,7	68,8	69,9	71,0
168	52,9	54,0	55,1	56,2	57,3	58,4	59,5	60,6	61,7	62,8	63,9	65,0	66,1	67,2	68,3	69,4	70,5

Продолжение

Окружность груди (в *см*)	71	73	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103
Рост (в *см*)	Вес в килограммах																
167	52,4	53,5	54,6	55,7	56,8	57,9	59,0	60,1	61,2	62,3	63,4	64,5	65,6	66,7	67,8	68,9	70,0
166	51,9	53,0	54,1	55,2	56,3	57,4	58,4	59,5	60,7	61,8	62,9	64,0	65,1	66,2	67,3	68,4	69,5
165	51,3	52,4	53,5	54,6	55,7	56,8	57,9	59,0	60,1	61,2	62,3	63,4	64,5	65,6	66,8	67,9	69,0
164	50,8	51,9	53,0	54,1	55,2	56,3	57,4	58,5	59,6	60,7	61,8	62,9	64,0	65,1	66,2	67,3	68,4
163	50,3	51,4	52,5	53,6	54,7	55,8	56,9	58,0	59,1	60,2	61,3	62,4	63,5	64,6	65,7	66,8	67,9
162	49,8	50,9	52,0	53,1	54,2	55,3	56,4	57,5	58,6	59,7	60,8	61,9	63,0	64,1	65,2	66,3	67,4
161	49,2	50,3	51,4	52,5	53,6	54,7	55,8	56,9	58,0	59,1	60,2	61,3	62,4	63,5	64,6	65,7	66,8
160	48,7	49,8	50,9	52,0	53,1	54,2	55,3	56,4	57,5	58,6	59,7	60,8	61,9	63,0	64,1	65,2	66,3
159	48,2	49,3	50,4	51,5	52,6	53,7	54,8	55,8	57,0	58,1	59,2	60,3	61,4	62,5	63,6	64,7	65,8
158	47,6	48,7	49,8	50,9	52,0	53,1	54,2	55,3	56,4	57,5	58,6	59,7	60,8	61,9	63,1	64,2	65,3
157	47,1	48,2	49,3	50,4	51,5	52,6	53,7	54,8	55,9	57,0	58,1	59,2	60,3	61,4	62,5	63,6	
156	46,6	47,7	48,8	49,9	51,0	52,1	53,2	54,3	55,4	56,5	57,6	58,7	59,8	60,9	62,0		
155	46,1	47,2	48,3	49,4	50,5	51,6	52,7	53,8	54,9	56,0	57,1	58,2	59,3	60,4	61,5		
154	45,5	46,6	47,7	48,8	49,9	51,0	52,1	53,2	54,3	55,4	56,5	57,6	58,7	59,8	60,9		
153	45,0	46,1	47,2	48,3	49,4	50,5	51,6	52,7	53,8	54,9	56,0	57,1	58,2	59,3			
152	44,5	45,6	46,7	47,8	48,9	50,0	51,1	52,2	53,3	54,4	55,5	56,6	57,7	58,8			
151	44,0	45,1	46,2	47,3	48,4	49,5	50,6	51,7	52,8	53,9	55,0	56,1	57,2	58,3			
150	43,4	44,5	45,6	46,7	47,8	48,9	50,0	51,1	52,2	53,3	54,4	55,5	56,6				

ПРИМЕРНАЯ ГРУППИРОВКА ОБСЛЕДОВАННЫХ ГЕНЕРАЛОВ, АДМИРАЛОВ, ОФИЦЕРОВ И СЛУШАТЕЛЕЙ ВЫСШИХ ВОЕННО-УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ, А ТАКЖЕ СВЕРХСРОЧНОСЛУЖАЩИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ИХ ЗДОРОВЬЯ

Группа 2 — «практически здоровые»

1. Стойкие остаточные явления у лиц, перенесших острые заболевания периферической нервной системы (без наклонности их к обострениям), или последствия травматических повреждений отдельных нервных стволов, не сопровождающиеся существенными нарушениями их двигательной функции и болевым синдромом.

2. Лица с нерезко выраженным истощением нервной системы.

3. Лица с начальными формами атеросклероза — церебрального и кардиосклероза без явлений недостаточности кровообращения.

4. Лица с нейроциркуляторной дистонией умеренно выраженной.

5. Лица с умеренно выраженной миокардиодистрофией различной этиологии без явлений недостаточности кровообращения.

6. Лица с хроническими бронхитами, начальными формами эмфиземы легких, пневмосклерозом незначительно выраженным, не сопровождающимися симптомами легочной или легочно-сердечной недостаточности.

7. Лица с последствиями адгезивных плевритов без нарушения функции легких и сердца.

8. Лица со стойко компенсированным туберкулезом легких, плевры, лимфатических узлов без упадка питания и при отсутствии обострения процесса за последние 2—3 года.

9. Лица с хроническими гастритами, хроническими колитами (энтероколитами), умеренно выраженными, без расстройства общего питания.

10. Лица с пороками развития позвоночника, умеренно выраженными, без расстройства функций, при отсутствии болевого синдрома или с легко выраженным болевым синдромом (люмбализация, сакрализация). Больные со слабо

выраженным узловатым расширением вен нижних конечностей, семенного канатика.

11. Лица с начальными формами геморроя без кровотечения и ущемлений.

Группа 3 — «нуждающиеся в систематическом врачебном наблюдении»

1. Больные умеренно выраженным атеросклерозом сосудов головного мозга, сопровождающимся неврастеническим синдромом (головные боли, головокружения, плохой сон, эмоциональная возбудимость) со снижением работоспособности.

2. Больные после перенесенных нейроинфекций в легкой форме (абортивные формы энцефалитов и др.) со снижением работоспособности.

3. Больные с нерезко выраженными хроническими заболеваниями периферической нервной системы, сопровождающимися периодическими резкими обострениями (невриты, невралгии).

4. Больные со стойкими остаточными явлениями травматической церебропатии и церебрастении.

5. Больные с затяжными формами неврастении.

6. Больные с умеренно выраженными формами эмфиземы легких, периодически дающими признаки дыхательной недостаточности I степени (одышка, небольшой цианоз при умеренном физическом напряжении).

7. Больные бронхоэктатической болезнью при отсутствии явлений общей интоксикации и дыхательной недостаточности, но дающей изредка обострения, сопровождающиеся увеличением количества выделяемой мокроты или кровохарканием.

8. Больные пневмосклерозом различной этиологии с явлениями периодически наступающей легочной или легочно-сердечной недостаточности (одышка, учащенное дыхание, тахикардия, уменьшенная жизненная емкость).

9. Больные с последствиями адгезивных плевритов при наличии начальных симптомов легочно-сердечной недостаточности.

10. Больные с компенсированными формами туберкулеза легких, туберкулеза плевры и лимфатических узлов, без упадка питания, с периодическими, редкими обострениями процесса, наступающими под влиянием нарушений режима работы или быта.

11. Больные с умеренно выраженными формами атеросклероза, кардиосклероза, сопровождающегося периодически наступающими явлениями нерезко выраженной коронарной недостаточности.

12. Больные гипертонической болезнью (I, II стадии).

13. Больные с органическими пороками сердца, дающими при неблагоприятных условиях режима работы и быта периодические нарушения кровообращения с явлениями сердечно-сосудистой недостаточности или обострения ревматического процесса.

14. Больные с заболеваниями периферических сосудов (эндартериит, тромбофлебиты), нарушающими функцию конечностей, с периодическими обострениями.

15. Больные хроническими гастритами, хроническими колитами (энтероколитами), сопровождающимися понижением общего питания и имеющими склонность к обострениям.

16. Больные язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

17. Больные перигастритами, перидуоденитами как последствиями язвы желудка и двенадцатиперстной кишки или оперативного вмешательства по поводу язвы.

18. Больные хроническим холециститом с редкими и нерезко выраженными обострениями.

19. Больные хроническими гепатитами.

20. Больные хроническими нефритами.

21. Больные с умеренно выраженными нарушениями обмена веществ и расстройствами эндокринной системы.

22. Больные с хроническим остеомиелитом при наличии периодически открывающихся свищей.

23. Больные со значительно выраженным узловатым расширением вен нижних конечностей без дистрофических явлений на коже.

24. Больные спондилоартритами и спондилоартрозами, с умеренно выраженным болевым синдромом.

25. Больные хроническим полиартритом различной этиологии.

26. Больные с камнями почек и мочеточников, с редкими приступами почечной колики, без наличия инфекции, при нормальной функции почек.

27. Больные с выраженным геморроем с частыми обострениями и кровотечениями, но без расстройства питания.

28. Страдающие выпадением прямой кишки.

Группа 4 — «нуждающиеся в особом врачебном наблюдении и лечении»

1. Больные с церебральными формами гипертонической болезни со стойкими остаточными органическими микросимптомами после бывшего динамического нарушения мозгового кровообращения.

2. Больные с хроническими заболеваниями периферической нервной системы, сопровождающимися более длительными обострениями или нерезко выраженными расстройствами (чувствительными, двигательными) трофической функции.

3. Больные с медленно текущими формами хронических нейроинфекций и интоксикаций (например, рассеянный склероз с длительными ремиссиями), а также больные сирингомиелией без двигательных и трофических расстройств.

4. Больные эпилепсией с редкими припадками, без нарушений психики.

5. Больные с акроангионеврозами (болезнь Рейно), акропарестезиями и аллергическими состояниями.

6. Больные хроническими бронхитами, эмфиземой легких, пневмосклерозами различной этиологии с явлениями легочно-сердечной недостаточности.

7. Больные с последствиями адгезивных плевритов с явлениями сморщивания легкого или смещения средостения при сопутствующей небольшой одышке и сердцебиении.

8. Больные туберкулезом легких и плевры, сопровождающимся понижением общего питания, с явлениями периодически наступающей субкомпенсации процесса.

9. Больные атеросклерозом, кардиосклерозом с явлениями коронарной недостаточности (приступами стенокардии), последствиями перенесенного инфаркта миокарда.

10. Больные гипертонической болезнью, сопровождающейся периодически наступающими гипертоническими кризами или недостаточностью кровообращения.

11. Больные с органическими пороками сердца с явлениями сердечно-сосудистой недостаточности или обострения ревматизма.

12. Больные с заболеваниями периферических сосудов (эндартериит, тромбофлебиты) со значительным нарушением функции конечности.

13. Больные хроническими гастритами, колитами (энтероколитами), сопровождающимися упадком питания и значительно выраженной симптоматологией.

14. Больные язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с выраженными явлениями и упадком питания (выраженный болевой симптом, постоянные диспептические явления, значительные нарушения секреторной и моторной функции).

15. Больные перигастритами, перидуоденитами средней тяжести, сопровождающимися выраженным болевым симптомом, диспепсией, нарушением общего питания.

16. Больные холециститами и ангиохолитами средней тяжести (выраженный болевой симптом, диспептические явления, часто субфебрильная температура, значительные катаральные явления в желчном пузыре, наличие в порции желчи B и C большого количества слизи, лейкоцитов и т. д.).

17. Больные хроническими нефритами с почечной недостаточностью средней степени выраженности (головные боли, отеки отсутствуют или слабо выражены, нерезко выраженная альбуминурия, амплитуда удельного веса уменьшена, остаточный азот нормальный, артериальное давление повышено, нерезкое сужение и извилистость сосудов глазного дна, небольшая отечность соска зрительного нерва).

18. Больные хроническими первичными и вторичными гепатитами средней степени выраженности.

19. Больные хроническими артритами различной этиологии с частыми обострениями.

20. Больные с хроническим остеомиелитом с часто наступающими обострениями или наклонностью к образованию абсцессов, гнойных затеков.

21. Больные с выраженным узловатым расширением вен нижних конечностей и дистрофическими явлениями на коже.

22. Больные с камнями почек и мочеточников с приступами колики при наличии умеренной инфекции и нерезко нарушенной функции почек и при общем удовлетворительном состоянии.

23. Больные глаукомой.

СХЕМА ОБЪЯСНИТЕЛЬНОЙ ЗАПИСКИ К ГОДОВОМУ ОТЧЕТУ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛОВ, АДМИРАЛОВ, ОФИЦЕРОВ, А ТАКЖЕ СЛУШАТЕЛЕЙ ВЫСШИХ ВОЕННО-УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ И СВЕРХСРОЧНОСЛУЖАЩИХ

I. Организация медицинского обследования

а) Из чего складывалось медицинское обследование, участие специалистов в обследовании и вынесении итоговой оценки.

б) Процент охвата медицинским обследованием.

в) Прикрепление врачей к подразделениям, их участие в проведении комплекса диспансеризации.

г) Анализ выполнения рекомендованных лечебно-профилактических мероприятий.

д) Система обеспечения санаторно-курортным лечением; анализ случаев направления противопоказанных больных.

II. Организация динамического врачебного наблюдения

а) Прикрепление лиц, находящихся под динамическим врачебным наблюдением, к врачам-специалистам; объем диспансерной работы последних.

б) Вызовы на контрольные обследования, выполнение лечебно-профилактических назначений и т. д.

в) Состояние здоровья руководящего состава (командира дивизии, командира корпуса, начальника штаба и начальника политотдела корпуса, командующего, члена Военного Совета и заместителей командующего округом); краткая характеристика состояния здоровья: диагноз, перенесенные в истекшем году заболевания, группа по состоянию здоровья, рекомендованные лечебно-профилактические мероприятия и их эффективность, а также нуждаемость в дальнейших лечебно-профилактических мероприятиях.

III. Общая оценка состояния здоровья генералов, адмиралов, офицеров, а также слушателей высших военно-учебных заведений и сверхсрочнослужащих

а) Изменения состава возрастных контингентов по сравнению с прошлым годом, причины этого.

б) Изменения, происшедшие в распределении генералов,

адмиралов, офицеров, слушателей высших военно-учебных заведений и сверхсрочнослужащих по группам по сравнению с прошлым годом, причины этого.

IV. Анализ заболеваемости

а) Анализ заболеваемости по группам и по видам заболеваний:

— у генералов и адмиралов;
— у полковников и капитанов 1 ранга;
— у подполковников и капитанов 2 и 3 ранга;
— у остальных офицеров;
— у слушателей высших военно-учебных заведений и сверхсрочнослужащих.

б) Оценка заболеваемости по сравнению с предыдущим годом.

V. Нужды и пожелания

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЕТЕТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ В ВОИНСКИХ ЧАСТЯХ ДЛЯ СОЛДАТ И СЕРЖАНТОВ, ДОВОЛЬСТВУЮЩИХСЯ ПО СОЛДАТСКОМУ ПАЙКУ

Диета I

Целевое обоснование: пища, механически и химически щадящая, предназначаемая для больных:

а) язвенной болезнью (язва желудка и двенадцатиперстной кишки) в стадии компенсации;

б) хроническими гастритами с повышенной секрецией (кислотностью), например, антральными;

в) с другими заболеваниями желудка с повышенной секрецией и кислотностью;

г) с заболеваниями печени и желчных путей, кишечника и др.

В состав диеты входят:

— все блюда парового приготовления (удаление экстрактивных веществ);

— супы вегетарианские протертые из хорошо разваренных круп (перловая, ячневая, манная, овсяная, рис)

с протертыми овощами (кроме капусты) и со сливочным маслом;

— мясо говяжье (средней упитанности) в виде паровых рубленых блюд: котлет, рулетов, фрикаделей, мясного пюре или в виде гуляша из отварного мяса в белом соусе;

— каши из круп: манной, гречневой, риса, овсяной, перловой, ячневой — протертые или хорошо разваренные, вязкие или полужидкой консистенции, со сливочным маслом;

— овощи (кроме капусты) вареные, протертые в виде пюре или запеканок и рулетов без грубой корки;

— рыба несоленая в отварном виде куском или в виде паровых котлет; при употреблении соленой рыбы она должна быть вымочена до содержания в ней соли не более 2%;

— хлеб белый черствый (вчерашний);

— соль ограничена (6—8 *г* в день).

В весенне-летний период необходимо широко использовать огородную и дикорастущую зелень.

Диета II

Целевое обоснование — пища, механически щадящая, но в то же время сохраняющая нерезкие химические раздражители желез желудка, предназначаемая для больных:

а) хроническими гастритами с угнетением секреторной функции желудка (с пониженной кислотностью), без резкого раздражения его слизистой;

б) с желудочной ахилией;

в) хроническими колитами с угнетением желудочной секреции;

г) перенесших заболевания печени и желчных путей, заболевания кишечника и др.

Диета назначается также больным, получавшим диету I, перед переходом их на общий стол.

В состав диеты входят:

— супы из круп, овощей, лапши на мясном, рыбном или овощном бульоне: щи, борщи на мясном бульоне с мелкошинкованными или протертыми овощами, без острых и пряных приправ;

— мясо в рубленом виде, жареное, припущенное, без панировки, нежирное (котлеты, шницели рубленые, биточки и т. п.);

— рыба отварная и жареная без панировки (нежирных сортов);

— овощи вареные в виде пюре или мелко нарубленные (мятые в кастрюле, пропущенные через мясорубку).

Каши хорошо разваренные.

Запрещаются всякие острые и пряные продукты, а также приправы (горчица, квашеные, маринованные блюда).

Примерная раскладка продуктов, техника приготовления блюд по диете I и II изложены в циркуляре Главного интенданта и Начальника Военно-медицинского управления Министерства обороны Союза ССР № 7 от I/IV 1953 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ РАЗМЕРЫ ПЛОЩАДЕЙ ДЛЯ РАЗМЕЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА ВОИНСКОЙ ЧАСТИ В ПРИСПОСОБЛЕННЫХ ЗДАНИЯХ

Наименование помещений	Площадь в $м^2$	Примечание
Амбулатория		
Вестибюль с гардеробной	0,3	На посещение
Ожидальная (может быть использован светлый коридор)	0,4	„ „
Врачебный кабинет	10—15	
Кабинет зубоврачебный на 1 кресло	10—12	
Кабинет старшего врача	10—12	
Перевязочная на 1 стол	12—15	
Процедурная	12—15	
Лаборатория	8	
Автоклавная-стерилизационная . . .	7	
Пропускник с приемной и душевой	16—18	
Палаты на 1 койку	9	
Палаты на 2 койки, но не более 4	6—6,5 на койку	
Изолятор на 2 инфекции в составе 2 шлюзованных палат на 1 койку каждая, с устроенными в шлюзах санузлами (уборная, умывальник)	24	
Столовая (она же комната для дневного пребывания больных) . .	1,3 на одного больного	На 40% штатных коек, но не менее 10 $м^2$
Буфетная при столовой	9—12	
Комната для дежурного медицинского состава	10	
Кладовая вещей больных	4—8	

Наименование помещений	Площадь в $м^2$	Примечание
Бельевая	4—8	
Комната для предметов уборки . .	4—8	
Умывальная		1 кран на 15 больных
Уборная		1 унитаз на 15 больных

Примечания: 1. Размеры площадей приведены соответственно размерам, принятым в типовых проектах медицинских пунктов.

2. Аптека медицинских пунктов размещается в помещениях согласно главе XX Руководства по хранению медико-санитарного имущества в складах и воинских частях Советской Армии и Военно-Морских Сил, изд. 1954 г.

3. Участок территории медпункта согласно принятым типовым проектам должен быть огорожен и разделен на две части (для амбулаторных и для стационарных больных).

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

ИНСТРУКЦИЯ ПО БОРЬБЕ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ И ОЖОГОВЫМ ШОКОМ НА МЕДИЦИНСКОМ ПУНКТЕ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ

1. Причиной развития травматического и ожогового шока являются сильные боли в поврежденных (обожженных) частях тела. Вероятность возникновения явлений шока тем больше, чем обширнее область повреждения, чем выше ее болевая чувствительность и чем значительнее разрушения в поврежденных частях и органах.

Наиболее часто осложняются шоком:

— отрывы и обширные размозжения конечностей, особенно нижних;

— проникающие раны живота и подкожные разрывы органов брюшной полости;

— ранение груди с открытым пневмотораксом;

— открытые переломы бедра;

— ожоги II и III степеней с площадью, превышающей 10% всей поверхности тела (например, ожог большей части спины, всего бедра и части голени, одной верхней конечности целиком, на другой конечности — ожог кисти и предплечья).

Помимо этого, шок может быть вызван любой тяжелой травмой. Развитию шока способствует состояние утомления, голода, охлаждения и особенно кровопотеря.

2. Состояние шока может возникать и при некоторых формах «острого живота» — остром панкреатите, прободной язве желудка или кишок и особенно при завороте кишок.

3. Для первой, эректильной, фазы шока характерны: возбуждение и беспокойное поведение больного, раненого, пораженного, стоны, требования ускорить оказание помощи, иногда — замедление пульса при нормальном или несколько повышенном артериальном давлении. При наличии этих симптомов необходимо немедленно приступить к противошоковым мероприятиям.

4. Распознавание шока в его второй, торпидной, фазе не представляет затруднений. Клиническая картина этой фазы полностью соответствует классическому описанию, данному Н. И. Пироговым. К наиболее характерным признакам этой фазы шока относятся отсутствие жалоб, подавленность, безучастность к окружающему при сохранившемся сознании, бледность, частый пульс, падение артериального давления.

5. При повреждениях, перечисленных в п. 1, а также при других тяжелых травмах надо проводить противошоковые мероприятия независимо от наличия признаков шока.

6. На медицинском пункте при травмах и ожогах необходимо проводить следующие профилактические противошоковые мероприятия:

— прежде всего удобно уложить раненого, пораженного, больного и защитить его от охлаждения (даже летом), причем не только укрыть его сверху, но и подстелить под него теплое одеяло (грелок не класть!);

— дать теплое питье с алкоголем — 30,0—40,0 водки на стакан чаю (при повреждениях и заболеваниях органов брюшной полости пить не давать!);

— ввести подкожно 2 *мл* 1% раствора морфина, внутрь (при отсутствии противопоказаний) 1 столовую ложку раствора бромистого натрия (6,0 : 200,0) и 0,2 барбамила или нембутала.

При открытых переломах конечностей нужно до наложения транспортной шины предварительно произвести футлярную новокаиновую блокаду конечности по Вишневскому выше перелома; если предстоит длительная транспортировка (более часа), новокаиновую блокаду надо произвести пострадавшему также при обширных повреждениях

мягких тканей конечностей выше места повреждения; обязательно проверить состояние сосудов конечности и при подозрении на их повреждение наложить провизорный (незатянутый) жгут;

— при закрытых переломах бедра, плеча или обеих костей голени (а в случае тяжелых болей и при переломах костей предплечья) до наложения шины применять новокаиновую блокаду в форме анестезии перелома (инъекция в гематому); если перелом достаточно хорошо иммобилизирован подручными средствами, а предстоящая транспортировка не сложна, не продолжительна и признаков шока у раненого, пораженного нет, блокаду производить нецелесообразно;

— при ранениях грудной клетки с открытым пневмотораксом герметизировать рану окклюзионной повязкой (заклеить рану липким пластырем или стерильной клеенкой и забинтовать); произвести ваго-симпатическую новокаиновую блокаду на стороне пневмоторакса; если предстоящая транспортировка не сложна, не продолжительна и у раненого признаков шока нет, блокаду не следует производить;

— при ранениях и закрытых повреждениях органов брюшной полости применять двустороннюю околопочечную блокаду новокаином по Вишневскому в тех случаях, когда предстоит длительная (свыше часа) транспортировка раненого, пораженного; если имеется возможность доставить его в госпиталь в короткий срок, блокаду производить не следует.

7. При наличии явных симптомов торпидной фазы шока, кроме перечисленных выше мероприятий, нуждающимся в немедленной эвакуации (ранения в живот, остановленное кровотечение) необходимо сделать одномоментное, струйчатым способом, переливание консервированной крови, полиглюкина, плазмы, гетерогенного плазмозаменителя и др. или другой противошоковой жидкости в дозе 250—500 *мл*. Гидролизаты белка (Л-103, аминопептид и др.) противошоковым действием не обладают.

При наличии у находящихся в состоянии шока артериального давления не ниже 70 *мм* переливание крови обязательно только перед длительной (не менее часа) транспортировкой их.

Если по характеру повреждения (обширный ожог, закрытый перелом, хорошо герметизированный пневмоторакс)

допустима задержка эвакуации на 2—3 часа, а транспортировка предстоит длительная, раненым, пораженным надо перелить 250 *мл* крови (при ожоге — плазмы) струйчатым способом, а затем 500—750 *мл* — капельным; если имеется возможность быстро доставить раненых, пораженных в госпиталь, переливание крови необходимо произвести тем, у кого артериальное давление ниже 70 *мм*.

При ожогах применяют двустороннюю паранефральную блокаду, а при поражениях конечностей — футлярную блокаду по Вишневскому. Внутривенно вводят 20 *мл* 0,25% раствора новокаина.

8. Больным с различными формами «острого живота» противошоковые мероприятия проводят только при наличии симптомов шока или перед длительной транспортировкой. Больным с явлениями острой непроходимости кишечника вводят под кожу атропин (0,7 *мл* раствора 1 : 1000) и делают новокаиновую околопочечную блокаду. При остальных формах «острого живота» противошоковые мероприятия ограничиваются введением под кожу морфина; в сопроводительном документе обязательно указывают дозу и время его введения.

9. Организация работы медицинского пункта части должна обеспечивать возможность немедленного выполнения противошоковых мероприятий, чтобы связанная с ними задержка транспортировки была минимальной.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

ИНСТРУКЦИЯ
ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ НА МЕДИЦИНСКОМ ПУНКТЕ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ КОЖИ

1. Первая врачебная помощь должна быть оказана на медицинском пункте части всем обожженным. Характер ее изменяется в зависимости от того, будет ли дальнейшее лечение проводиться амбулаторно или обожженного эвакуируют в хирургическое отделение госпиталя (лазарета). В первом случае врачебная помощь на медицинском пункте части будет оказана в полном объеме, во втором — она ограничится проведением предварительных мероприятий перед эвакуацией обожженных.

2. Немедленному направлению на госпитальное лечение подлежат обожженные:

— с ожогами III и IV степеней;

— со свежими ожогами II степени площадью поражения более 100—120 *см*²;

— со свежими ожогами II степени с меньшей площадью поражения, но с локализацией ожогов на лице, половых органах, промежности, стопе, ладонной поверхности кисти;

— с несвежими, инфицированными ожогами II степени любой площади и локализации;

— с обширными ожогами I степени, захватывающими всю или почти всю поверхность кожи и при наличии общих явлений.

3. Лечению на медицинском пункте части подвергаются обожженные со свежими ожогами I и II степеней площадью менее указанной и за исключением перечисленных локализаций.

4. Оказанию помощи должна предшествовать оценка общего состояния обожженного. При сильных болях, беспокойном поведении и возбуждении, а при обширных ожогах — независимо от поведения обожженного оказание первой врачебной помощи следует начинать с введения под кожу 2 *мл* 1% раствора морфина.

При обширных ожогах, кроме того, обожженному дают крепкий теплый чай с сахаром и водкой (1—2 столовые ложки на стакан), 1 столовую ложку раствора бромистого натрия (6,0 : 200,0) и 0,05—0,1 димедрола. Если для осмотра обожженной поверхности потребуется снять одежду или обувь, их надо разрезать или распороть по шву, чтобы при снятии не травмировать и не загрязнить поверхность ожога.

5. Обожженных с ожогами II степени, подлежащих лечению на медицинском пункте части, обязательно подвергают первичной обработке. Перед началом ее обожженному вводят подкожно морфин (если он не был введен перед осмотром) и внутримышечно 2000 АЕ противостолбнячной сыворотки с растворенными в ней 100 000 ЕД пенициллина. Затем с соблюдением самой строгой асептики обрабатывают поверхность ожога по следующей методике.

Кожу вокруг обожженного участка тщательно очищают марлевыми шариками, смоченными 0,25—0,5% раствором нашатырного спирта или в мыльном растворе (а если она загрязнена маслянистыми веществами, ее очищают шариками, смоченными бензином или эфиром), насухо протирают и обрабатывают шариками, смоченными винным

спиртом. Под медленной струей теплого стерильного физиологического раствора куском стираной стерильной марли тщательно и осторожно моют всю поверхность ожога (надеть стерильные перчатки!). На мытье расходуется не менее 2—3 *л* жидкости.

Затем поверхность ожога орошают теплым 0,5% раствором стерильного новокаина и осторожно высушивают стерильными марлевыми шариками. Пинцетом и ножницами Купера полностью удаляют омертвевший эпидермис, большие пузыри прокалывают или подрезают. Все манипуляции должны быть безболезненными. Окружающую здоровую кожу высушивают стерильной марлей и протирают спиртом.

6. На обработанную поверхность ожога накладывают асептическую ватно-марлевую повязку, состоящую из 3—4 слоев салфеток из мелкопетлистой марли, пропитанной сульфаниламидной или синтомициновой эмульсией с 3% содержанием анестезина или мазью Вишневского с 3% содержанием анестезина, а поверх них — сухую стерильную марлю в 6 слоев, размеры которых несколько превышают размеры салфеток. Сверху марлю покрывают стерильной гигроскопической ватой толщиной в 1 *см*. Повязку надо хорошо фиксировать, чтобы она не сдвинулась с ожоговой поверхности. Рекомендуется неповрежденную кожу вокруг обожженного участка смазать клеолом так, чтобы к нему приклеились края сухого слоя повязки и первые туры бинта, укрепляющего ее. Бинтуют широким бинтом равномерно и плотно, но не туго.

7. Обожженного осматривают повторно на следующий день (не позже чем через 24 часа) и затем в целях контроля ежедневно. Если нет признаков нагноения в области ожога (нарастающие боли, повышение температуры тела, воспалительные явления в лимфатических сосудах и узлах), повязку не снимают. Крайне желательно в первые 24 часа ввести обожженному внутримышечно 200 000 ЕД пенициллина (в два приема). На 9—10-й день повязку снимают — обычно поверхность ожога оказывается уже покрытой молодым, розового цвета, эпидермальным покровом.

8. При ожогах не свежих, давностью более 6 часов, без признаков нагноения, ожоговую поверхность обрабатывают по методике, изложенной в пп. 4—6. При этом обязательно вводят в первые три дня по 300 000 ЕД пенициллина в сутки. При наличии нагноившихся ожогов обожженные подлежат госпитальному лечению.

9. Уход за больными должен проводиться с соблюдением всех требований гигиены (чистота кожи, ногтей, волос и полости рта, регулярная смена нательного и постельного белья, проветривание палат).

10. Обработку ожоговой поверхности у обожженных, нуждающихся в госпитальном лечении, производят с целью предупредить инфицирование во время транспортировки; всем обожженным предварительно вводят противостолбнячную сыворотку с пенициллином. При обширных ожогах производят двустороннюю паранефральную блокаду. Делают туалет кожи, как указано в п. 5. Обмывая ожоговую поверхность, ограничиваются удалением явного загрязнения и осторожным обтиранием влажным шариком. На ожог накладывают повязку с мазью Вишневского.

Следует помнить, что повязку с мазью Вишневского или с другой мазью можно применять только после первичной хирургической обработки ожоговой поверхности. В противном случае категорически запрещается накладывать жировые повязки даже в порядке оказания первой помощи, так как наличие жира на коже и на поверхности ожога сильно затрудняет первичную обработку. Масляную повязку можно наложить только после полноценной первичной обработки.

При обширных ожогах с обожженного удаляют остатки одежды; прилипшие к обожженной коже куски белья и т. п. надо не отдирать, а обрезать по краям и оставить на поверхности ожога. Затем обожженного заворачивают в стерильную простыню и поверх — в одеяло (зимой используют меховой «конверт») и как можно скорее эвакуируют.

11. Обожженным, имеющим инфицированные ожоги, после туалета кожи на ожоговую поверхность накладывают повязку с мазью Вишневского или сульфаниламидной эмульсией и вводят пенициллин с противостолбнячной сывороткой. После этого их направляют в госпиталь.

12. При необширных ожогах I степени первичной обработки не делают, повязку не накладывают. Если с момента ожога прошло не более 6 часов, покрасневшую кожу обрабатывают винным спиртом и закрывают стерильной повязкой. При появлении пузырей в поздние периоды на ограниченных участках их протирают спиртом, накладывают поверх них стерильную повязку и хорошо закрепляют ее.

При обширных ожогах I степени необходимо провести описанные выше противошоковые мероприятия, завернуть обожженного в стерильную простыню, укутать одеялом и быстрее эвакуировать в госпиталь.

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ОТМОРОЖЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕМ ОРГАНИЗМА

1. При получении задания на медицинское обслуживание личного состава части во время похода, кросса, учений, занятий, перевозок в зимнее время старший врач части разрабатывает план мероприятий с учетом как вида учений, занятий, так и особенностей их проведения в соответствии с указаниями, изложенными в главе IX части первой настоящего Руководства.

2. Мероприятия по профилактике отморожений и заболеваний, связанных с переохлаждением организма, необходимо проводить также во время учебных стрельб, занятий на воздухе, несения караульной службы, при выполнении хозяйственных работ, в каждом отдельном случае с учетом характера занятий или работ и метеорологических условий.

3. К основным мероприятиям по предупреждению отморожений в **подготовительный период учений** (маневров) войск относятся:

— систематическое закаливание личного состава с целью повышения сопротивляемости организма воздействию холода;

— разъяснительная работа среди личного состава по вопросам гигиены марша, профилактики отморожений, оказания первой помощи при них; разъяснение вреда алкоголя, ведущего к усилению теплоотдачи и способствующего переохлаждению организма;

— контроль за обучением личного состава уходу за ногами (умелое навертывание портянок, шнуровка ботинок, регулярная смазка, просушка и своевременный ремонт обуви, подгонка лыжных креплений и снаряжения, использование подручных средств для дополнительного утепления обуви);

— своевременное снабжение личного состава теплой одеждой и исправной, пригнанной обувью и снаряжением; кожаная обувь считается хорошо пригнанной в том случае, если при вложенной стельке (войлочной, суконной) и двух навернутых (летней и зимней) портянках нет ощущения сжатия стопы в подъеме при стоянии и ходьбе, а между большим пальцем ноги и носком сапога остается небольшое пространство, легко прощупываемое снаружи;

— лечение потливости стоп, которое должно проводиться повседневно мерами, указанными в главе IV части первой настоящего Руководства;

— обеспечение личного состава двупалыми перчатками для защиты рук от воздействия холода;

— снабжение лыжников, мотоциклистов, кавалеристов и др. трусами, плавками или треугольными лоскутами с завязками на пояснице и бедрах для защиты половых органов.

4. В целях сбережения сил в походе, профилактики переохлаждения тела и отморожений необходимо:

— предусмотреть горячее и высококалорийное питание перед выходом, на большом привале и ночевке; при сильных морозах в зимнее время промежутки между приемами горячей пищи не должны превышать 5—6 часов;

— проверять у личного состава защиту конечностей от отморожений (правильная подгонка обмундирования, обуви и лыжных креплений, исправность рукавиц и т. д.);

— защищать лицо при длительном пребывании на холоде и особенно при ветре матерчатой или бумажной маской с прорезом для глаз и рта;

— малые привалы делать чаще, но на более короткое время (по 5 минут); во время отдыха запрещать садиться; на привалах (особенно больших) использовать защищенные от ветра овраги, скаты; при возможности разводить костры и при необходимости устраивать снежные барьеры, устанавливать палатки и шалаши (с наветренной стороны); на снег настилать мох, ветки, хворост;

— раздачу пищи производить в укрытых местах, не допуская образования очереди;

— на ночевках утеплять палатки, шалаши, землянки и укрытия;

— организовать просушку стелек, портянок, обуви (кожаную обувь сушить при температуре не свыше 35°; портянки после просушки размять);

— при движении на лыжах или пешим порядком периодически сменять головные подразделения, дозоры (при дви-

жении на лыжах — через каждый час, при движении пешим порядком — через 20—30 минут); при встречном ветре чаще сменять солдат и сержантов, идущих в первых рядах и на флангах, чтобы уменьшить вредное воздействие ветра;

— при движении на лыжах периодически делать пробежки без лыж; не допускать разрыва колонны и отставания отдельных лыжников;

— при перевозке войск оборудовать автотранспорт для защиты людей от ветра; пол кузова автомобиля застилать сеном, соломой или ветвями хвойных деревьев; на открытых автомобилях обеспечить дополнительно обвертывание стоп подручными средствами, личный состав, кроме наблюдателей, рассаживать спиной в сторону движения; для защиты от сильного ветра использовать полотнища палаток; при расположении личного состава лицом друг к другу военнослужащих, сидящих против движения, через каждый час менять местами; на привалах личный состав должен сходить с машин и совершать пробежки;

— при движении конницы и артиллерии на конной тяге в сильный мороз чаще спешивать людей и проводить лошадей в поводу;

— в бронетанковых и механизированных войсках педали и рычаги управления обматывать сукном или другой шерстяной тканью; механиков-водителей танков и самоходно-артиллерийских установок (САУ) и шоферов боевых машин (тракторов) снабжать валенками;

— офицерам подразделений знать правила предупреждения отморожений и порядок эвакуации заболевших на походе людей;

— для оказания медицинской помощи заболевшим и отмороженным и эвакуации их выделять запас необходимых медикаментов и отепленный санитарный транспорт, одеяла для двойного укутывания, термосы с горячим сладким чаем, грелки;

— медицинскому составу, следующему со своими подразделениями, своевременно выявлять факторы, которые могут вызвать охлаждение личного состава, и принимать меры к их устранению; наблюдать за проявлениями признаков утомления и отморожения, а в случаях их возникновения принимать соответствующие меры и докладывать по команде.

В качестве личных мер предупреждения отморожений рекомендуется:

— просмотреть свое обмундирование и снаряжение и устранить все неисправности, которые могут способствовать охлаждению тела;

— тщательно пригнать обувь и обмундирование; при выходе в поле на лыжах обратить внимание на то, чтобы крепления на лыжах не давили и излишне не стесняли ног;

— хорошо просушить портянки (носки), обувь; хорошо смазать сапоги жиром (сапожной мазью);

— проверять, не потеряна ли чувствительность какой-либо части тела (лица, ушей, носа, пальцев рук); при потере чувствительности побелевшее место растирать голой рукой (кистью руки) до тех пор, пока оно не покраснеет и в нем не восстановится чувствительность;

— наблюдать за появлением у товарищей первых признаков утомления и отморожения (резкое побеление кожи лица, ушей, носа); при обнаружении признаков отморожений указать им на это и оказать необходимую помощь;

— во время лыжной подготовки при первых признаках потери чувствительности пальцев ног сойти с лыж, сделать несколько продолжительных движений с лыжами в руках ускоренным шагом или бегом до восстановления чувствительности.

ИНСТРУКЦИЯ
ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ НА МЕДИЦИНСКОМ ПУНКТЕ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ

1. Лечению в медицинских пунктах воинских частей подлежат лица с отморожениями конечностей I степени. При появлении пузырей, а тем более омертвений пострадавших необходимо немедленно направить в госпиталь. Исключение составляют небольшие отморожения II степени краев ушных раковин, которые можно успешно лечить в медицинском пункте части.

2. Мероприятия первой врачебной помощи при отморожениях имеют конечной целью повысить внутритканевую температуру отмороженных конечностей до уровня, при котором становятся возможными нормальные тканевые биологические процессы. С этой целью замерзшего или получившего отморожение можно сразу же внести в отапливаемое помещение.

При замерзании может возникнуть необходимость в искусственном дыхании. Его следует производить по общим правилам, по возможности в теплом помещении.

3. Отмороженному необходимо давать горячий чай, кофе, алкоголь, сердечные, а также активно согревать отмороженные конечности в водяных ваннах, температуру которых в течение 20—30 минут доводить до 37°.

4. Водяная ванна сопровождается мытьем отмороженных конечностей с мылом и легким массажем их. После появления первых признаков кровообращения (порозовение кожи, потепление ее) согревание и массаж прекращают, кожу обрабатывают спиртом и накладывают на нее асептическую, а также утепляющую повязку из серой ваты; отмороженной конечности придают возвышенное положение и больного направляют в госпиталь (в утепленном автомобиле, в спальном меховом мешке).

Не следует смазывать кожу жиром, вазелином, мазями и особенно красками, так как это затрудняет последующее лечение отмороженных.

Вместо ванн можно применять один легкий массаж. Массаж применяется только в «скрытом» периоде; в реактивном периоде, когда имеются явления острого воспаления (пузыри) или омертвение, массаж не производится.

Применять для растирания отмороженных конечностей снег нецелесообразно. Он бывает загрязнен, содержит острые льдинки, которые при растирании кожи могут поцарапать ее, открыв таким образом доступ инфекции. Кроме того, температура снега ниже 0° и частое прикладывание его ведет к еще большему охлаждению кожи.

5. В реактивном периоде при «траншейной стопе» снять с пострадавшего обувь, в том числе и валенки, вследствие отека бывает трудно, поэтому ее надо разрезать по шву.

Отечные, покрытые пузырями отмороженные конечности обрабатывают, как отморожения II степени (см. ниже). При отморожениях II и III степеней, а также при «траншейной стопе» на медицинском пункте части отмороженному обязательно вводят 200 000—300 000 ЕД пенициллина вместе с противостолбнячной сывороткой. Мероприятия первой помощи включают общеукрепляющие средства.

6. Первичная обработка отморожений II и III степени на медицинском пункте части состоит в следующем: обработав пузыри спиртом, с помощью пинцета и ножниц полностью удаляют отслоившийся эпидермис. Если на дне пузыря окажется сверток фибрина, его не удаляют, а слегка просуши-

вают тупфером и сверху накладывают асептическую и утепляющую повязки.

7. При обширных отморожениях конечности необходимо иммобилизировать транспортными шинами; при этом нельзя туго стягивать бинты (нарушение кровообращения!).

ПРИЛОЖЕНИЕ 12

ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИКО-САНИТАРНОГО ИМУЩЕСТВА, ВХОДЯЩЕГО В КОМПЛЕКТ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЙ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛИЧНОГО СОСТАВА ВОИНСКОЙ ЧАСТИ ПРИ ВЫХОДАХ В ПОЛЕ, УЧЕНИЯХ И МАНЕВРАХ

I. Предметы срочного пользования

№ по пор.	Наименование	Количество
1	2	3
	1. Медикаменты	
1	Фенол кристаллический (кислота карболовая) . .	100,0
2	Лизол	200,0
3	Эмульсия ДДТ	5000,0
4	Кислота борная	50,0
5	Перекись водорода 3%	50,0
6	Спирт нашатырный	50,0
7	Спирт нашатырный в ампулах	10 ампул
8	Бензин Б-70	100,0
9	Калий марганцовокислый	5,0
10	Настойка йода 5%	100,0
11	Спирт винный ректификованный	100,0
12	Спирт денатурированный	500,0
13	Аспирин в таблетках 0,25	10,0
14	Пирамидон в таблетках 0,25	10,0
15	Фенацетин в таблетках 0,25	10,0
16	Стрептоцид в таблетках 0,3	20,0
17	Норсульфазол 0,5	20,0
18	Валидол	5,0
19	Нитроглицерин в таблетках 0,0005 в трубках . .	1 трубка
20	Уголь активированный	20,0
21	Натрий сернокислый	100,0
22	Таблетки от кашля	20,0
23	Микстура Бехтерева в таблетках во флаконах по 25 шт.	2 флакона

№ по пор.	Наименование	Количество
1	2	3
24	Хинин хлористоводородный 0,25	10,0
25	Пенициллин кристаллический по 200 000 ЕД во флаконах	5 флаконов
26	Таблетки кодеина 0,015 с содой или сахаром 0,25	10,0
27	Настойка ландыша	15,0
28	Настойка эфирно-валериановая	20,0
29	Натрий двууглекислый (сода питьевая)	100,0
30	Таблетки экстракта белладонны 0,015 с салолом 0,5	10,0
31	Капли глазные (пропись: сернокислый цинк 1/4%—10,0, дикаин 0,05)	
32	Раствор альбуцида 20%	10,0
33	Дикаин 1/4% раствор	5,0
34	Капли зубные	10.0
35	Вазелин медицинский	100,0
36	Вазелин борный в тубах	5 туб.
37	Бактериофаг дизентерийный	500,0
38	Клей для повязок (клеол)	50,0
39	Мазь Вишневского	500,0
40	Тальк медицинский	50,0
41	Горчичники	10 шт.
	II. Препараты для инъекций	
42	Кофеин бензоат-натрия 10% раствор, в ампулах по 1 *мл*	10 ампул
43	Масло камфарное 20%, в ампулах по 2 *мл* . .	10 „
44	Адреналин 0,1% раствор, в ампулах по 1 *мл* . .	10 „
45	Морфин 1% раствор, в ампулах по 1 *мл*	10 „
46	Новокаин 0,5% раствор, в ампулах по 2 *мл* . .	10 „
47	Лобелин 1% раствор или цититон 1% раствор, в ампулах по 1 *мл*	10 „
48	Сыворотка противостолбнячная	5 доз
49	Глюкоза 40% раствор, в ампулах по 20 *мл* . .	10 ампул
	III. Перевязочные средства	
50	Индивидуальные перевязочные пакеты (обыкновенные)	30 шт.
51	Бинты из мягкой марли в 10 *см* ширины и 5 *м* длины стерильные	50 „
52	Бинты из мягкой марли в 14 *см* ширины и 7 *м* длины	25 „
53	Вата гигроскопическая стерильная в пачках по 25 *г*	20 пачек

№ по пор.	Наименование	Количество
1	2	3
54	Вата компрессная медицинская прессованная в пачках по 250 *г*	4 пачки
55	Бумага парафинированная	10 листов
56	Косынки для повязок	5 шт.
57	Хлорэтил в ампулах	2 ампулы
	IV. Врачебные и другие предметы	
58	Термометры медицинские	2 шт.
59	Пинцеты анатомические	1 „
60	То же, хирургические	1 „
61	То же, для наложения скобок	1
62	Корнцанг прямой длиной 26 *см*	1 „
63	Иглодержатели с кольцевыми ручками прямые длиной 16 *см*	1 „
64	Иглы хирургические разные	10 „
65	Стерилизатор для инструментов с сеткой, размером 18,5 × 8,5 × 5,5 *см*	1 „
66	Скальпель брюшистый средний	1 „
67	Жгуты кровоостанавливающие резиновые	2 „
68	Шины сетчатые металлические в рулоне	2 рулона
69	Шины проволочные лестничные	2 шт.
70	Шины транспортные для бедра	2 „
71	Шприц „Рекорд“ в 2 *мл* и стерилизатор-укладка для шприца в 2 *мл*	1 „
72	Шприц „Рекорд“ в 10 *мл*	1 „
73	Тазик почкообразный эмалированный	1 „
74	Языкодержатель	1 „
75	Кружка ирригаторная (резиновая)	1 „
76	Пробирки со стерильными тампонами	2 „
77	Пипетки глазные	6 „
78	Мензурка коническая стеклянная в 100 *мл*	1 „
79	Мензурка (кружка) фарфоровая на 250 *мл*	1 „
80	Стаканчики для приема лекарств	5 „
81	Зонд желудочный № 18	1 „
82	Воронка эмалированная диаметром 10 *см*	1 „
83	Катетер эластический № 8	1 „
84	Стетоскоп (фонендоскоп)	1 „
85	Судно подкладное эмалированное	1 „
86	Ванночки медицинские эмалированные с крышкой	1 „
87	Полотенца	3 „
88	Простыни	1 „
89	Фонарь „Летучая мышь“ или фонарь аккумуляторный	1 „
90	Одеял (конвертов)	2 „
91	Ведро эмалированное с крышкой	1 „
92	Чайник металлический (5 *л*)	1 „

ПРИЛОЖЕНИЕ 13

ГРАФИК РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ВРАЧЕЙ И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО СОСТАВА ДЛЯ РАБОТЫ ПО САНИТАРНОМУ ПРОСВЕЩЕНИЮ

(из расчета в часах на месяц)

Учреждения / Должностные лица	Начальники медицинских учреждений (начальники медицинской части)	Главные специалисты (штатные и нештатные)	Начальники отделений, старшие ординаторы, ординаторы	Врачи всех специальностей, кроме стоматологов	Стоматологи и зубные врачи	Фельдшеры и медицинские сестры	Санитарные инструкторы	Всего
Военно-медицинские отделы округов	—	2	—	—	—	—	—	2
Санитарно-эпидемиологические отряды и лаборатории округов . .	2	—	—	6	—	4	—	12
Клиники военно-медицинской академии, госпитали центрального подчинения (каждый)	—	—	2	2	—	4	—	8
Окружные военные госпитали (по основным лечебно-диагностическим отделениям) . .	—	1	2	4	—	4	—	11
Военные госпитали . .	2	—	4	2	—	4	—	12
Поликлиники гарнизонные	2	—	—	3	2	—	—	7
Поликлиники стоматологические	2	—	2	—	6	—	—	10
Лазареты гарнизонные, дивизионные медицинские пункты	2	—	2	—	4	—	—	8
Медицинские пункты:								
а) воинских частей . .	—	—	—	4	2	8	8	22
б) объединенных гарнизонов	4	—	—	4	2	6	2	18
в) военно-учебных заведений	4	—	—	4	4	4	—	16
г) высших военно-учебных заведений	2	2	—	4	2	4	—	14
Санатории и дома отдыха	2	—	4	6	2	—	—	14
Детские сады и пионерские лагери	—	—	—	4	2	—	—	6

Примечание. Из предусмотренного графиком времени 60% должно быть использовано для разъяснительной работы и 40% для подготовки материалов для лекций, докладов, бесед, оформления фотовыставок, стенгазет и контроля за состоянием санитарного просвещения.

ПЛАНИРОВАНИЕ РАБОТЫ ВОЙСКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

1. Планирование работы войсковой медицинской службы позволяет правильно распределить силы и средства для выполнения поставленных перед нею задач и целеустремленно проводить лечебно-профилактическую и другие работы. План составляют ежемесячно.

2. При составлении месячного плана работы медицинской службы части необходимо учитывать:

— стоящие перед частью задачи по боевой подготовке;

— задачи, поставленные планом старшего начальника медицинской службы;

— особенности краевой патологии и эпидемическое состояние района размещения;

— данные анализа движения заболеваемости в части;

— физическое состояние личного состава и план физической подготовки войск;

— климато-метеорологические условия.

В план включаются основные вопросы медицинского обеспечения: лечебно-профилактическая, санитарно-гигиеническая работа, боевая подготовка и др. В план должны также включаться мероприятия санитарно-гигиенические, противоэпидемические и другие, ответственными за выполнение которых являются командиры подразделений и начальники служб (например: очистка территории, оборудование сушилок для обмундирования и др.). Мероприятия, предусмотренные распорядком дня части, в план не включаются.

План представляется на утверждение командиру части.

«УТВЕРЖДАЮ»
Командир части

_____

_____

ПРИМЕРНЫЙ КАЛЕНДАРНЫЙ ПЛАН РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ № _____

на _____ месяц 19__ г.

Особенности работы: ожидается неустойчивая дождливая погода с резкими колебаниями суточной температуры, особенно в конце месяца (от —5° до +5°), возможно нарастание заболеваемости острыми катарами дыхательных путей, гриппом; подготовка к новому учебному году и окончание всех работ по подготовке к зиме.

№ по пор.	Наименование работ	Сроки выполнения по числам месяца	Исполнители	Отметка о выполнении
	А. Лечебно-профилактическая работа			
1	Проведение углубленного медицинского обследования офицерского состава части	Согласно приказанию по части в течение месяца	Старший врач. Нач. медпункта. Младший врач. Врачи-специалисты из гарнизонного госпиталя	
2	Контрольные врачебные осмотры лиц, состоящих под динамическим врачебным наблюдением	По индивидуальным планам для каждого наблюдаемого	Начальник медпункта, младший врач	
3	Проверка организации неотложной медицинской помощи в медицинском пункте; обратить внимание на систематизацию в хранении средств и практическую отработку приемов оказания неотложной медицинской помощи средним медицинским персоналом	20	Старший врач	

№ по пор.	Наименование работ	Сроки выполнения по числам месяца	Исполнители	Отметка о выполнении
4	Проведение показательного амбулаторного приема с участием всех врачей части	15	Старший врач части	
5	Участие в консультативных приемах, проводимых врачами специалистами гарнизонного госпиталя	8,22	Врачи части (по специальности)	
6	Проведение флюорографического обследования грудной клетки лицам рядового и сержантского составов	18	Начальник медпункта	
7	Посещение больных своей части в гарнизонном госпитале	12	Старший врач	
8	Контроль за диететическим питанием в части	В течение месяца	Младший врач	
9	Медицинское обследование прибывающего пополнения	По плану части	Старший врач	
10	Контроль за выполнением профилактических мероприятий против заболеваний, связанных с охлаждением тела	Ежедневно	Старший врач и фельдшер	
11	Анализ заболеваемости и трудопотерь за——— месяц по данным учета, изучение причин заболеваемости и разработка основных профилактических мероприятий для доклада командиру части	С 1 по 10	Старший врач, начальник медицинского пункта, младший врач	
	Б. Санитарно-гигиеническая и противоэпидемическая работа			
1	Проверка санитарно-гигиенического содержания казарм и территории	1, 10, 20	Младший врач	
2	Контроль за санитарным состоянием пищевых объектов	3, 13, 23 Ежедневно	Старший врач Фельдшер	
3	Забор проб воды и отправка их в лаборатории на анализ	10, 30	Младший врач	
4	Участие в составлении плана боевой подготовки и распорядка дня на осенне-зимний период	2	Старший врач	
5	Проверка качества заложенных на хранение овощей с проведением анализа на витамин С	12	Младший врач	

№ по пор.	Наименование работ	Сроки выполнения по числам месяца	Исполнители	Отметка о выполнении
6	Проверка работы сушилок в казармах	4, 11, 18, 25	Младший врач	
7	Опрос солдат и сержантов на утренних осмотрах с целью выявления температурящих больных с последующей их изоляцией	Ежедневно	Санитарные инструкторы, фельдшер	
8	Контроль за проведением работ по подготовке стационара и медицинского пункта части к зиме	7, 21, 30	Начальник медпункта	
9	Развертывание дополнительных коек для температурящих больных	К 3/X	Начальник медпункта	
	Проведение прививок против гриппа	1—3	Начальник медпункта, младший врач	
10	Контроль за проведением дезинфекционных мероприятий в казармах (влажная уборка, использование осветленных растворов хлорной извести, проветривание)	Ежедневно	Санитарные инструкторы по подразделениям	
	В. Боевая и специальная подготовка медицинского состава			
1	Участие в учебном сборе врачей соединения	16	Старший врач и врачи части	
2	Участие в учебном сборе фельдшеров соединения	26	Фельдшера части	
3	Дежурства врачей части в гарнизонном госпитале	Согласно графику	Все врачи части	
4	Занятия со средним медицинским составом части и санитарными инструкторами по отработке практических приемов оказания неотложной хирургической и терапевтической помощи	8, 18	Начальник медпункта	
	Г. Санитарная подготовка офицеров, сержантов и солдат			
1	Инструктивно-методическое занятие с руководителями санитарной подготовки	4	Старший врач	

№ по пор.	Наименование работ	Сроки выполнения по числам месяца	Исполнители	Отметка о выполнении
2	Показательное занятие с медицинским составом по теме	6	Старший врач	
3	Занятия с солдатами и сержантами по теме			
	1. . . . . (подразделение)	Согласно плану штаба	Младший врач, фельдшера части	
	2. . . . . (подразделение)			
	3. . . . . (подразделение)			
4	Занятия по санитарной подготовке с офицерским составом:	Согласно плану штаба	Старший врач, начальник медпункта	
	1. Группа			
	2. Группа			
	3. Группа			
5	Контроль за ходом санитарной подготовки (посещение занятий)	7,21	Старший врач части	
	Д. Медицинское обеспечение боевой и физической подготовки			
1	Медицинское обеспечение учебных стрельб:			
	1. . . . . (подразделение)	Согласно плану штаба	Младший врач, фельдшера части	
	2. . . . . (подразделение)			
	3. . . . . (подразделение)			
2	Медицинское обеспечение полевых учений части	22—23	Младший врач, фельдшер	
3	Санитарно-гигиенический контроль за местами проведения физической подготовки, контроль за состоянием спортивных снарядов	Повседневно	Младший врач	
4	Контроль за правильностью проведения занятий по физической подготовке и состоянием здоровья личного состава в ходе занятий			
	1. . . . . (подразделение)	4, 11, 18, 25	Младший врач, фельдшера части	
	2. . . . . (подразделение)			
	3. . . . . (подразделение)			
	Группы офицерского состава	2, 9, 16, 23, 30	Старший врач	
5	Медицинский осмотр личного состава, уча ствующего в соревнованиях на первенство	22, 23	Начальник медпункта, младший врач	

№ по пор.	Наименование работ	Сроки выполнения по числам месяца	Исполнители	Отметка о выполнении
	части и организация медицинской помощи во время их проведения			
6	Организация и проведение закаливания личного состава	Повседневно по подразделениям	Младший врач, фельдшера части	
	Е. Санитарно-просветительная работа			
1	Проведение кинолекции „Профилактика гнойничковых заболеваний кожи и подкожной клетчатки“	6	Старший врач	
2	Занятия во всех подразделениях на тему „Профилактика простудных заболеваний“	По расписанию части	Младший врач, фельдшера	
3	Лекция для офицеров и членов их семей в клубе части	20	Старший врач	
	Ж. Медицинское снабжение			
1	Подготовка санитарной техники к работе в условиях зимнего периода	15	Старший врач и фельдшер	
2	Проверка состояния и пополнения аптечек в мастерских, караульных помещениях, кухне, хлебопекарне и т. д.	25	Фельдшер	

Подпись Старший врач

ПРИЛОЖЕНИЕ 15

ПРИМЕРНЫЙ РАСПОРЯДОК ДНЯ В ГОСПИТАЛЕ И ЛАЗАРЕТЕ

7.00	Подъем больных.
7.00— 8.00	Измерение температуры тела, утренний туалет, выполнение утренних врачебных назначений.
8.00— 8.30	Утренняя гимнастика больных, проветривание палат.
8.30— 9.00	Завтрак.
9.00—14.00	Врачебный осмотр больных и выполнение дневных врачебных назначений и лечебных процедур; по назначению врача прогулки больных на свежем воздухе.
14.00—15.00	Обед, проветривание палат.
15.00—17.00	Обязательный отдых всех больных в постели.
17.00—19.00	Измерение температуры тела, выполнение вечерних врачебных назначений; прогулки на свежем воздухе по назначению врача.

19.00—20.00	Ужин, проветривание палат.
20.00—22.30	Культурно-массовая работа с больными, организация всех видов досуга больных.
22.30—23.00	Вечерний туалет больных.
23.00	Отход ко сну.

Примечание. Основная уборка палат и коридоров производится в вечернее время (с 20.00 до 22.00); утренняя дополнительная уборка производится после пробуждения от сна всех больных (с 7.00 до 8.30).

ПРИЛОЖЕНИЕ 16

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЕТ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В ГОСПИТАЛЯХ И ЛАЗАРЕТАХ[1]

Диета 0 (ноль)

Показания. Первые дни после хирургических операций на желудке и кишечнике, а также при тяжелом состоянии больных.

Характеристика диеты. Постепенно расширяемый пищевой режим, состоящий из легкоусвояемых жидких, а в дальнейшем и полужидких блюд, минимально раздражающих желудочно-кишечный тракт и обеспечивающих поддержание функций организма.

Суточный рацион содержит: белков 13—46 *г*, жиров 10—37 *г*, углеводов 140—260 *г*, калорий 720—1600. Поваренной соли не более 4 *г*. Витамина С — 200 *мг*.

Состав диеты. Первые 2—3 дня: чай, бульон, отвар шиповника, фруктово-овощные соки, морс, процеженный компот, разбавленное молоко, кисель, желе фруктовое или из бульона.

В последующие дни вводят: яйца всмятку, бульон с манной крупой, слизистый суп на бульоне или на воде с молоком, протертые каши на воде пополам с молоком со сливочным маслом и сахаром, кефир или простоквашу. Постепенно добавляют белые сухари до 100 *г* или хлеб из муки пшеничной первого сорта.

Кулинарная обработка. Бульоны крепкие, нежирные. Молоко только в разбавленном виде. Каши тщательно протирать (рекомендуется предварительно размалывать крупу). Каши и кисели варить жидкие.

Режим питания. Первые дни из поильника каждые 2 часа, потом 6 раз в день при строгом постельном режиме.

---

[1] В данном приложении указаны диеты, которые чаще применяются в практике лечебных учреждений.

После операций на желудке первые 2—3 дня больной через рот не получает ни пищи, ни питья; физиологический раствор, раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой вводится внутривенно, подкожно или капельной клизмой. В зависимости от состояния больного постепенно начинают вводить жидкость через рот из поильника отдельными глотками.

Диета 0 применяется от 4 до 6 дней. Перевод на диеты Iа или Iб (с заменой цельного молока разбавленным) или IV.

Диета Iа

Показания. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения (первые 10—14 дней противоязвенного лечения). Другие язвенные процессы в желудочно-кишечном тракте.

Острый гастрит. Обострение хронического гастрита. Послеоперационный период через 3—4 дня после полостной хирургической операции на желудочно-кишечном тракте (после диеты 0).

Характеристика диеты. В целях предоставления желудку покоя и снижения его секреции из рациона исключены продукты и блюда, обладающие выраженным сокогонным действием.

Все блюда готовятся полужидкими, желеобразными и жидкими, подаются небольшими порциями (дробное питание), в теплом виде (температура около 45°).

Дневной рацион содержит: белков 70 *г*, жиров 100 *г*, углеводов 200—220 *г*, калорий 2000—2100. Диета бессолевая. Аскорбиновой кислоты (вит. С) 100—150 *мг*, тиамина (вит. B_1) 2—4 *мг*, рибофловина (вит. B_2) 2—4 *мг*, никотиновой кислоты (вит. РР) 15 *мг*, аксерофтола (вит. А) 2—3 *мг*.

Состав диеты. Супы слизистые из различных круп (кроме пшенной и гречневой) на воде с молоком и сливочным маслом 2 раза в день (обед и ужин). Молоко 4 стакана (по стакану за завтраком в 9.00, в 11.00, в 17.00 и в 22.30). Яйца всмятку или паровой омлет. Масло сливочное 60 *г* в день (30 *г* в супы и 30 куском). Кисели сладкие, желе. Сахара 60 *г*. Постепенно разрешается вводить мясное суфле или пюре из отварного мяса.

Кулинарная обработка. Все блюда готовятся без поваренной соли. Приготавливая слизь для супа, разваренную крупу (кроме манной) следует отцедить, а не протирать.

Масло сливочное в суп положить куском непосредственно перед едой.

Готовя мясное блюдо, обезжиренное и обезжиленное мясо следует пропустить через мясорубку дважды и взбить.

Режим питания. Питание проводится в условиях строгого постельного режима, пища подается 6 раз в день.

Примечания: 1. При сопутствующем заболевании печени или желчных путей составляется соответствующий «печеночный вариант диеты Ia», в котором яйца заменяются белковым омлетом или протертым свежим творогом; количество сливочного масла уменьшается на 20 *г* и заменяется протертой кашей из 30 *г* крупы (кроме пшенной и гречневой). Молоко — цельное.

2. При обострении колита, при плохой переносимости молока последнее применяется пополам с водой или слабым чаем. Рекомендуются также так называемые рисовые сливки, которые готовятся следующим образом: рисовый отвар (из 50 *г* риса) смешивается со стаканом молока и повторно кипятится. Пить 2 стакана в день.

Диета Iб

Показания. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения (последующие 2 недели противоязвенного лечения). Острый гастрит или обострение хронического гастрита. Послеоперационный период — переходная диета после полостных хирургических операций с диеты 0 на диеты I и IV.

Характеристика диеты. Ограничение механических, химических и термических раздражителей желудка, но в менее резкой степени по сравнению с диетой Ia. Исключаются продукты, имеющие сокогонное действие, но вводятся белые сухари, мясо и крупа (после соответствующей кулинарной обработки).

Диета бессолевая. Дневной рацион содержит: белков 80—85 *г*, жиров 100 *г*, углеводов 300 *г*, калорий 2500.

Содержание витаминов такое же, как и в диете Ia.

Состав диеты. К продуктам и блюдам, входящим в диету Ia, добавляются: сухари 80—100 *г* из белого хлеба; мясные или рыбные паровые котлеты, кнели, фрикадели — 2 раза в день (порции весом в 60—70 *г*) без гарнира; протертые молочные каши с маслом (кроме пшенной); протертые супы из круп со сливочным маслом. К концу второй недели включают картофельное пюре как гарнир в количестве 100 *г* и 50—100 *г* черствого хлеба из муки пшеничной первого сорта. В рацион обязательно вводится отвар шиповника.

Кулинарная обработка. Все блюда готовятся без соли. Разваренная крупа в супы протирается сквозь сито вместе со слизью. Мясные и рыбные блюда готовятся на пару. Соки из сырых овощей (картофеля, моркови и др.) добавляются в супы для витаминизации.

Режим питания. Прием пищи 6 раз в день в условиях постельного режима. Все блюда должны быть теплыми.

Примечание. В случае наличия сопутствующих заболеваний в диету вносятся изменения, аналогичные указанным в примечании к диете Iа.

Диета I

Показания. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии заживления (назначается после диеты Iб). Хронические гастриты с резким раздражением слизистой оболочки желудка независимо от характера секреции. Хронические заболевания мочевыводящих путей воспалительного характера по окончании острых явлений. Период выздоровления при язвенных энтероколитах. Послеоперационный период — после хирургических операций в брюшной полости, как продолжение диет Iб и IV.

Характеристика диеты. Физиологически полноценная диета с относительным ограничением механических, химических и термических раздражителей желудка, назначаемая с целью снижения его рефлекторной возбудимости и ускорения восстановления функций пораженной слизистой оболочки.

Суточный пищевой рацион содержит белков 100 *г*, жиров 85 *г*, углеводов 580 *г*, калорий 3570. Витамины: С — 150 *мг*, B_1 — 3 *мг*, B_2 — 2,5 *мг*, РР — 20 *мг*, А — 2,5 *мг*.

Витамины вводятся дополнительно в виде отвара шиповника, фруктово-ягодных и овощных соков и отвара пшеничных отрубей.

Состав диеты. Исключаются продукты, обладающие выраженным сокогонным действием или содержащие грубую растительную клетчатку, все жареные блюда, а также очень холодные (со льда) блюда и напитки. Хлеб дается из муки пшеничной первого сорта, вчерашней выпечки. Молоко, простокваша и кефир только по назначению врача (в зависимости от переносимости). Жиры — только масло сливочное. Свежая сметана. Супы вегетарианские, протертые; молочные и фруктовые супы. Нежирные сорта мяса и рыбы,

главным образом в виде рубленых паровых блюд. Некислый творог и блюда из него. Яйца всмятку, паровой омлет. Блюда из хорошо разваренных круп (кроме пшена), макаронных изделий и из вареных измельченных овощей (кроме капусты) в форме пюре, пудингов, запеканок, но без корок. Сладкие кисели, протертые компоты, муссы (кроме клюквенного). Сырые, спелые и сладкие фрукты (без кожуры).

Кулинарная обработка. На приготовление пищи расходуется не более 8—10 *г* соли в день. Супы готовятся из круп и протертых овощей на некрепком овощном отваре. Один раз в неделю — суп из хорошо разваренных непротертых овощей (без капусты). Овощи не пассируются. Суп заправляется сметаной или сливочным маслом. Все мясные блюда готовятся на пару из обезжиренного и обезжиленного мяса, дважды пропущенного через мясорубку на мелкую решетку и взбитого; подаются с маслом или под белым соусом (мука в соусе не поджаривается).

Мясо и рыба допускаются куском в хорошо разваренном виде. Можно приготовить беф-строганов из отварного мяса (без специй). Исключаются холодные блюда.

Для витаминизации пищи рекомендуется добавлять в супы соки сырых овощей (кроме капустного), в кисели и компоты — соки из свежих фруктов и ягод, в супы и соусы — отвар из пшеничных отрубей.

Режим питания. Прием пищи 4 раза в день.

Диета II

Показания. Хронические гастриты с угнетением секреторной функции без резкого раздражения слизистой. Колит острый и хронический в период стихания воспалительных явлений (перед переходом на диету XV). Период выздоровления после инфекционных заболеваний. Послеоперационный период перед назначением диеты XV. Переходная диета после диет I, IV и V к общему столу (XV).

Характеристика диеты. Диета строится на принципах:

1) ограничения механических раздражителей желудка и кишечника;

2) включения нерезких химических раздражителей в целях возбуждения секреторного аппарата желудка. Пищевой рацион разнообразен, физиологически полноценен. Блюда готовятся преимущественно из измельченных продуктов, но разрешается поджаривание. Рекомендуются не

очень острые, но вкусные и ароматичные мясные, рыбные, грибные соусы.

Суточный рацион содержит: белков 110 *г*, жиров 80 *г*, углеводов 580 *г*, калорий 3570. Поваренная соль в норме (15 *г* в день). Содержание аскорбиновой кислоты —150 *мг*, никотиновой кислоты до 30 *мг*, витамина А — 3 *мг*, тиамина и рибофлавина по 3—4 *мг*. Витаминизация достигается введением в рацион отвара шиповника, соков сырых овощей и фруктов, жидких пекарских дрожжей.

Состав диеты. Хлеб из муки пшеничной второго сорта, пшеничной обойной и 150—200 *г* из муки ржаной обойной, вчерашней выпечки. Масло сливочное, топленое и жиры растительные. Супы из круп, протертых или мелкошинкованных овощей на мясном или рыбном бульоне, грибном или крепком овощном отваре; лапша, щи зеленые, борщ или щи свежие протертые, фруктовый суп. Мясо нежирное рубленое, поджаренное в виде котлет или биточков. Нежирная рыба — жареная куском. Макаронные изделия, крупы и овощи в форме жареных котлет, оладьев и т. п. Творог и творожные блюда, простокваша, кефир. Зелень к блюдам. Квашеная капуста и молоко только с разрешения врача в небольшом количестве. Фрукты и ягоды спелые, мягкие (кожуру очищать).

Кулинарная обработка. Супы варятся на крепких бульонах. Мясные, рыбные и вегетарианские блюда поджариваются без панировки в сухарях. Из пряностей употребляются: лук, перец, чеснок, томат, лавровый лист.

Режим питания. Общегоспитальный.

Диета IIч. (челюстная)

Показания. Челюстно-лицевые ранения с нарушением акта жевания и в период шинирования полости рта.

Характеристика диеты. Диета жидкая, так как прием пищи производится без разжевывания с ложки или из поильника с надетым на носик резиновым наконечником, а иногда через зонд, введенный в желудок. Пища должна быть питательной и легкоусвояемой, содержать повышенное количество солей кальция и фосфора и витаминов, включая витамин D.

Химический состав: белков 120 *г*, жиров 80 *г*, углеводов 570 *г*, калорий 3570; поваренной соли 8—10 *г*, кальция 1,2 *г*, фосфора 1,8 *г*, железа 20 *мг*; витаминов:

С — 150 *мг*, А — 5 *мг*; B_1 и B_2 — 4—5 *мг*, РР — 30 *мг*, D — 0,05 *мг*.

Состав диеты. Пищевой рацион составляется в основном из набора продуктов диеты II. Для обогащения пищи витаминами А и D необходимо включить в рацион сливочное масло, молоко, сметану. Витамин С вводится с отваром шиповника, фруктово-овощными соками и овошными наварами. Содержание витамина B_1 обеспечивается включением в рацион ржаного хлеба (иногда в виде сухарного порошка), пивных дрожжей или жидких пекарских дрожжей. Кальциевые и фосфорные соли вводятся с молоком и творогом. Если раненый истощен, его рацион должен быть усилен в первый период после ранения (до 30 дней).

Кулинарная обработка. Пища тщательно измельчается (пропускается через машинку или протирается через сито) и доводится до жидкой консистенции добавлением бульона, молока или фруктовых соков и отваров (в зависимости от вида пищи).

Необходимо большое количество жидкости (в связи с потерей влаги из-за обильного слюнотечения), рекомендуется по 1 *л* в завтрак и ужин и 1,5 *л* в обед.

Режим питания. Общегоспитальный.

Диета IV

Показания. Острый гастроэнтероколит. Обострения хронических колитов различной этиологии. Острая дизентерия и обострение хронической дизентерии. Пищевые токсикоинфекции.

Характеристика диеты. Диета с резким ограничением механического, химического и термического факторов раздражения. В рацион вводятся пищевые вещества, тормозящие перистальтику кишечника.

Примерный химический состав: белков до 70 *г*, жиров до 50 *г*, углеводов до 300 *г*; калорийность до 2000. Поваренной соли не более 6 *г* в день. Витамин С вводится в виде отвара шиповника.

Состав диеты. Сухари из хлеба пшеничного первого сорта до 200 *г* в день. Крепкий чай, кофе. Мясной бульон, слизистые супы из круп (рисовый, манный, перловый, овсяной) на воде с добавлением бульона. Мясо, рыба — нежирные сорта в виде паровых котлет, фрикаделей, кнелей. Протертые каши на воде. Трехдневный кефир. Протертый свежий

творог (рекомендуется кальцинированный). Сладкие блюда: кисель, желе. Сахара не более 50 *г* в день.

Кулинарная обработка. Все блюда из протертых продуктов парового приготовления. Слизистые супы готовятся с добавлением на $^1/_3$ бульона. В мясную рубку вместо хлеба добавляется отварной рис и чеснок, содержащий фитонциды. Каши, лучше рисовая или манная, готовятся на воде или на бульоне, подаются в протертом виде. Масло только сливочное, не более 40 *г* на день для приготовления всех блюд.

Кальцинированный творог готовится следующим образом: в кастрюлю с горячим молоком вливают 2—3 столовые ложки 10% раствора хлористого кальция на литр молока и помешивают ложкой. Через 5—10 *мин* выпадут нежные хлопья казеина, пресного, иногда чуть горчащего на вкус.

Режим питания. Прием пищи 4 раза в день. Диета назначается на короткий срок (3—4 дня).

Примечание. В случае резкого брожения в кишечнике данная диета применяется с резким ограничением углеводов (до 150 *г*), для чего снижается норма сахара до 20 *г*, сухарей до 100 *г*, крупы до 40 *г* в день; соответственно увеличивается количество мяса на 1—2 блюдо или творога.

Диета Va

Показания. Болезнь Боткина в остром периоде. Заболевания желчного пузыря и желчных путей в стадии обострения. Хронический гепатит и холецистит, осложненные гастритом или колитом (без поносов).

Характеристика диеты. В основном молочно-растительная диета, назначаемая с целью оказать противовоспалительное действие и содействовать восстановлению нарушенной функциональной способности печени и желчных путей. Соблюдается принцип механического щажения желудочно-кишечного тракта.

Из диеты исключаются экстрактивные вещества, все продукты, богатые холестерином, резко ограничиваются жиры.

В пищевой рацион вводится повышенное количество легкоусвояемых углеводов; содержание белков увеличивается (при показании) за счет дополнительного назначения нежирного творога.

Усиленное питье — не менее 6 стаканов жидкости в день. Химический состав: белков 70—100 *г*, жиров 40 *г*, углеводов 400—500 *г*, калорий — 2400—2800.

Витамины: С — 200—300 *мг*, B_1 и B_2 по 4—6 *мг*, РР — 50—60 *мг*, А — 5 *мг*. Содержание холестерина не более 300 *мг*. Усиленное введение липотропных веществ (метионин, лецитин, холин). Кальция не менее 1 *г* в день. Поваренной соли 5 *г* (1 *г* — в продуктах и 4 *г* добавляются при приготовлении пищи).

Состав диеты. Хлеб из пшеничной муки первого сорта. Супы молочные, фруктовые, овощные протертые. Творог, преимущественно нежирный, не менее 200—300 *г* в день, кефир, простокваша. Масло только сливочное (при хорошей переносимости также растительное) — не более 40 *г* в день. Нежирная рыба в виде кнелей, паровых котлет, иногда отварная куском. Мясо также в форме паровых, рубленых блюд (не каждый день). Крупы (рекомендуется овсяная) в виде протертых, молочных каш. Не назначаются — лук, редис, помидоры, бобовые, щавель и шпинат. Рекомендуется сырая протертая морковь и блюда из тушеной или вареной моркови. Блюда из вареной или тушеной свеклы, тыквы, кабачков, картофель в ограниченном количестве. Салат и зелень сырые мелкошинкованные. Грибы запрещаются. Сладкие блюда — свежие сладкие фрукты и ягоды, кисели, компоты. Витамины обеспечиваются отваром шиповника (витамин С и А), протертой сырой морковью (каротин, витамин РР), дрожжами (B_1, B_2, РР). Могут быть назначены жидкие пекарские дрожжи или (при их плохой переносимости) дрожжевой напиток, приготовленный следующим образом: 50 *г* прессованных дрожжей разводятся в 40 *мл* кипятка; в напитке грибки гибнут, но витаминная активность его сохраняется. Вкус напитка улучшается фруктовым соком или сахаром.

Кулинарная обработка. Все блюда готовятся в отварном и паровом виде (не запекаются); не поливаются маслом, рекомендуются фруктовые соусы и подливки. Свежий творог в протертом виде подается с медом или вареньем. Творожные пудинги и суфле готовятся на яичных белках в паровой кастрюле. Каши варятся на молоке, протираются и вместо масла коровьего поливаются медом, фруктовым сиропом, киселем или в них кладется джем, варенье.

Салаты рекомендуется поливать простоквашей или небольшим количеством (5 *г*) жира растительного. В овощ-

ные блюда следует включать протертые сухие или свежие вареные фрукты. Запрещаются все очень холодные блюда и напитки.

Режим питания. Прием пищи 6 раз в день небольшими порциями в теплом виде.

Диета V

Показания. Болезнь Боткина в стадии выздоровления. Хронический гепатит. Хронический холецистит. Желчнокаменная болезнь. Хронические гастриты и колиты в стадии улучшения (как переход на диету XV).

Характеристика диеты. Диета V является расширенным вариантом диеты Va и в ее основу положены те же принципы. Химический состав: белков 90—125 *г*, жиров 60—65 *г*, углеводов — 500—550 *г*, калорий 2970—3370, холестерина не более 250 *мг*, повышенное содержание липотропных веществ (метионина, холина, лецитина) и витаминов: С — 200—300 *мг*, B_1 и B_2 по 4—6 *мг*, РР — 50 *мг*, А — 5 *мг*.

Состав диеты. Хлеб из муки пшеничной второго сорта и пшеничной обойной, хлеб ржаной (вчерашний). Молоко цельное, простокваша, кефир, творог (200—300 *г* и более в день). Яйца без желтков. Супы вегетарианские овощные, крупяные, молочные, фруктовые. Мясо и рыба нежирных сортов куском в отварном виде или в виде паровых рубленых блюд. Жиры — сливочное и (при хорошей переносимости) растительное масло.

Различные отварные и запеченные блюда из круп, макаронных изделий и овощей. Все жареные блюда запрещаются. Запрещаются бобовые, щавель и шпинат. Особенно рекомендуются: морковь в сыром и вареном виде, капуста кочанная сырая (в виде салата) и квашеная (не очень кислая) с растительным маслом.

Рекомендуются сырые, сладкие фрукты и ягоды (кроме клюквы и красной смородины); продукты, содержащие легкоусвояемые углеводы (мед, варенье, повидло), и сладкие блюда (кроме жирных и холодных) — кисели, компот и др.

Кулинарная обработка. Все блюда — парового изготовления и запеченные; жареные —не допускаются. Если для приготовления блюда требуется яйцо, то рекомендуется употреблять только белок.

Супы вегетарианские не кислые, не острые, без пассирования и поджаривания овощей и муки. Допускается запекание мясных и рыбных блюд после отваривания. Соусы белые, без уксуса (можно с лимонной кислотой).

Режим питания. Прием пищи 4 раза в день.

Примечания: 1. Больным с циррозом печени при наличии отеков, асцита в дополнение к вышеизложенным указаниям необходимо ограничить введение жидкости и хлористого натрия.

2. Больным с токсической дистрофией печени следует давать обильные количества овощных и фруктовых соков и отваров, воды с сахаром и раствора глюкозы. После выхода из тяжелого состояния назначить диету Va.

Диета VI

Показания. Мочекислый диатез. Оксалурия (с ограничением в диете ряда продуктов, указанных в примечании). Циститы.

Характеристика диеты. Назначается с целью максимально ограничить введение с пищей пуриновых веществ, способствовать их выведению и уменьшению эндогенного образования мочевой кислоты. Диета состоит преимущественно из молочно-растительных продуктов с введением нормального или повышенного количества жидкости, желательно за счет свежих фруктов и овощей, а также фруктовых и овощных соков и отваров. Диета VI отличается от диеты V резким ограничением мясных и рыбных блюд, разрешаемых только через день.

Разрешаются жареные блюда из мяса и рыбы, но после предварительного их отваривания. Поваренная соль не более 8,0 *г* в день. Пищевой рацион содержит белков 100 *г*, жиров 80 *г*, углеводов 400—450 *г*, калорий 2800—3000. Витамины: С — 100—150 *мг*, РР — 30 *мг*, B_1 и B_2 по 3—4 *мг*, А — 2 *мг*.

Состав диеты. Запрещаются мясные и рыбные экстракты (бульоны, соусы), мозги, внутренние органы (печенка, почки), бобовые (горох, бобы, фасоль, чечевица), редис, щавель, шпинат, томат, а также употребление крепкого чая, кофе, шоколада, пряностей и острых приправ.

В диету включаются продукты, содержащие калий, а также липотропные вещества(творог, овсяная крупа) и обильное количество продуктов, богатых витаминами С и РР (сырые овощи, зелень, фрукты, ягоды, отвар шиповника).

Разрешаются: напитки — слабый чай, молоко, фруктово-ягодные и овощные соки и отвары; молочные продукты всякие; из жиров — сливочное и растительное масло; хлеб — черный и белый. Мясные или рыбные блюда через день, из нежирных сортов в вареном и жареном виде (после предварительного отваривания) куском или рубленые, паровые; крупа и мучные блюда — во всех видах; зелень и овощи во всех видах. Ягоды и фрукты во всех видах, сладкие блюда — кисели, компоты, желе, муссы; соусы и приправы: соусы на вегетарианском бульоне, сметанный, белый, грибной, фруктовый. Разрешается уксус, лавровый лист.

Примечание. При оксалурии в диету VI вносятся изменения. Необходимо резко ограничить продукты, богатые щавелевой кислотой, в частности, свеклу и картофель. Исключаются щавель, шпинат, ревень, сливы, какао, шоколад, крепкий чай, блюда, содержащие желатин.

Мясные и рыбные блюда разрешаются 1 раз в день. Однако если при оксалурии имеется одновременно и мочекислый диатез, то мясо и рыбу следует ограничить (одно блюдо через день в отварном виде). Ограничиваются помидоры (100—150 *г* в день). Молоко и молочные продукты разрешаются.

Назначаются продукты, способствующие выведению из организма щавелевой кислоты: груши, яблоки, отвары из черной смородины, кожуры яблок.

Разрешаются всевозможные блюда из круп и теста, капуста белокачанная и цветная, репа, горох, зеленый горошек, огурцы, грибы, салат, ягоды и фрукты разные.

Общее количество жидкости 2—2,5 *л* в день.

Режим питания. Общегоспитальный.

Диета VIIа

Показания. Острый нефрит в разгаре заболевания. Воспалительные процессы в легких, плевре, брюшине. Кожные заболевания, сопровождающиеся обильной экссудацией.

Характеристика диеты. Бессолевая диета с исключением экстрактивных веществ и резким ограничением жидкости, белков (особенно животных) и умеренным ограничением жиров и углеводов, назначаемая с целью возможного щажения почек, уменьшения отеков и воздействия на воспалительный процесс.

Из диеты исключаются мясо и рыба. Некоторое количество животного белка и солей кальция больной получает за счет молочных продуктов. Пищевой рацион обеспечивается усиленными дозами витаминов с помощью отвара шиповника, сырой моркови, овощей, зелени, фруктов, а также фармацевтических препаратов.

Примерный химический состав диеты: белков 50 *г*, жиров 50 *г*, углеводов 300 *г*, калорий 1900. Витаминов: С до 100—150 *мг*, А до 6 *мг*, B_1 — 4 *мг*, B_2 — 4 *мг*, РР до 30 *мг*. Количество жидкости (регулируется лечащим врачом) от 1000 до 1500 *мл*, в том числе от 400 до 600 *мл* в виде напитков и жидких блюд (остальная жидкость в составе продуктов).

Состав диеты. Хлеб из муки пшеничной второго сорта и пшеничной обойной бессолевой (до 400 *г*), творог 100 *г*, простокваша или молоко для питья и приготовления блюд 300 *г*; несоленое сливочное или топленое масло, жиры растительные рафинированные — всего жиров до 40 *г* для приготовления пищи. Супы вегетарианские по 1/2 тарелки. Разрешаются разные крупы в виде различных блюд, в том числе жареных. Овощи и зелень во всех видах, кроме содержащих щавелевую кислоту (щавель, шпинат и др.). Исключаются бобовые (так как содержат пурины), а также овощи, содержащие эфирные масла: невываренный лук и др.

Кулинарная обработка. Все блюда готовятся без соли. Жидкие блюда (супы, компоты) подаются, как правило, в половинной порции (с учетом количества жидкости, разрешенной лечащим врачом).

Овощи для супов разрешается пассировать. Вкусовые качества блюд улучшаются добавлением вываренного, а потом поджаренного лука, лимонной или уксусной кислоты. Рекомендуется составлять меню из продуктов и блюд, в которых отсутствие соли менее ощутимо: пудинги и котлеты из моркови с яблоками, свекла тушеная с фруктами, крупяные запеканки и др.

Режим питания. Прием пищи 4 раза в день.

Примечания: 1. При остром нефрите при тяжелом состоянии больного с первых же дней лечения вводятся разгрузочные дни: сахарные, яблочные.

2. Не рекомендуется длительное время применять бессолевую и строго ограниченную диету. После исчезновения отеков разрешают ввести в рацион 2—3 *г* соли, которые выдаются на руки больному для присаливания пищи.

При хорошем выделении азотистых шлаков почками назначают дополнительно нежирную отварную рыбу или мясо (60—65 *г*).

3. Повышение калорийности питания проводят в соответствии с улучшением общего состояния, но при постельном режиме количество калорий должно быть не выше 3000; в дальнейшем больного переводят на диету VII.

Диета VII

Показания. Острый нефрит в периоде выздоровления. Хронический нефрит при понижении азотовыделительной функции почек. Эксудативный плеврит, другие воспалительные процессы и состояния, сопровождающиеся отеками. Некоторые кожные заболевания (мокнущая экзема).

Переходная диета с диеты VIIа на V, разгрузочная для диеты X.

Характеристика диеты. Бессолевая диета с резким ограничением экстрактивных веществ, небольшим снижением белка, умеренным ограничением жидкости. Цель — уменьшить раздражение почек, повысить диурез, разгрузить пуриновый и солевой обмен и оказать противовоспалительное действие.

Пищевой рацион содержит: белков до 80 *г* (из них $^2/_3$ растительных), жиров до 90 *г*, углеводов 400—450 *г*, калорий 2800—3000. Содержание витаминов: С — 150 *мг*, А — 3 *мг* (при остаточных явлениях острого нефрита до 5—6 *мг* или каротина 10—12 *мг*), B_1 и B_2 по 3 *мг*, РР — 25 *мг*. При наличии выраженной и затяжной гематурии — повышенное количество витамина К и кальция. Все блюда готовятся без соли, хлеб бессолевой, в продуктах содержится 1—2 *г* хлористого натрия.

Поваренная соль до 5 *г*, по специальной прописи врача, выдается на руки больному. Жидкость ограничена 1500—1700 *мл*, из них до 800 *мл* дается в виде напитков и сладких блюд (назначается лечащим врачом в зависимости от диуреза).

Состав диеты. Бессолевой хлеб из муки пшеничной второго сорта и пшеничной обойной (до 400 *г* в день). Чай, молоко, кефир, простокваша, творог. Несоленое сливочное масло, жиры растительные рафинированные. Супы вегетарианские, молочные, овощные, крупяные, фруктовые. Мясо и рыба 100 *г* в день в отварном и поджаренном виде (после предварительного отваривания). Различная крупа и мучные изделия во всех видах. Овощи и зелень. Ягоды и фрукты. Соусы молочно-сметанные и фруктовые. Натуральный уксус. Лук вываренный, а потом поджаренный. Запрещаются редька, редис, шпинат и щавель.

Кулинарная обработка — такая же, как и для диеты VIIа.

Режим питания. Общегоспитальный.

Примечания: 1. При понижении азотовыделительной функции почек при питании по диете VII регулируется введение воды и хлористого натрия в зависимости от наличия отеков и степени диуреза; потребное количество жидкости дается в виде фруктовых и овощных соков, часто назначаются разгрузочные яблочно-сахарные дни.

2. При хроническом нефрите с нарастающей анемией рекомендуется вводить вещества, содержащие витамин B_2, фолиевую кислоту, и ограничивается введение жира.

3. Больным хроническим нефритом с нефротическим компонентом резко ограничивают: введение хлористого натрия, как и других натриевых солей, введение жидкости, веществ, содержащих холестерин, а белки вводят в количестве 100—110 *г* преимущественно за счет молочно-растительных с дополнительным введением липотропных факторов (творог, овсянка, рыба), аскорбиновой кислоты 150—200 *мг* и витамина А до 4—5 *мг*.

4. При липоидном нефрозе с выраженной гипопротеинемией, гиперхолестеринемией и обширными отеками при нормальной азотовыделительной функции почек назначается бессолевая диета с ограничением жидкости и введением повышенного количества белка до 140 *г*, витаминов: С — 150 *мг*, B_2 — до 8 *мг*, РР — до 30 *мг* и А — до 4 *мг*, при этом назначаются продукты, содержащие кальций и липотропные факторы, и ограничивается введение холестерина. На фоне этой диеты проводят разгрузочные дни.

5 При липоидно-амилоидном нефрозе питание проводят так же, как и при липоидном нефрозе, но количество рибофлавина (витамин B_2) повышают до 15—20 *мг*, а при наличии азотемии введение белков ограничивают до 60—70 *г*.

Диета IX

(Основная диета при сахарном диабете)

Показания к назначению. Применяется с целью установления толерантности к углеводам, а также с лечебной целью при сахарном диабете; содержание углеводов, белков и жиров, в зависимости от показаний, следует изменять в каждом отдельном случае, по возможности придерживаясь физиологических соотношений.

Характеристика диеты. Пищевой рацион с ограничением углеводов и небольшим ограничением жиров, с исключением сахара и сладостей.

Химический состав: белков 100 *г*, жиров 70 *г*, углеводов 300 *г*, калорий 2300. Витамины: С — 100 *мг*, B_1 — 4 *мг*, B_2 — 4 *мг*, РР — 30 *мг*, А — 2 *мг*.

Примерный набор продуктов и кулинарная обработка. В диету входят разнообразные продукты и блюда за исключением сахара, меда, варенья, кондитерских изделий,

изюма и других продуктов, содержащих быстро усвояемые углеводы. Необходим строгий подсчет химического состава рациона и взвешивание продуктов при приготовлении пищи, а также готовых блюд при отпуске. По окончании приема пищи необходимо учитывать несъеденные остатки.

Приведенному выше химическому составу соответствует следующий набор продуктов: хлеб ржаной 300 *г* и из муки пшеничной I сорта 100 *г*. Говядина ниже средней упитанности 200 *г* (вес без кости). Яйцо 1 шт. Молоко 300 *г*. Творог 30 *г* (нежирный). Сметана I сорта 15 *г*. Масло сливочное 40 *г* и растительное 5 *г*. Крупа гречневая 60 *г*. Картофель 250 *г* (очищенный). Сухие фрукты 20 *г* или яблоко свежее 150 *г*. Морковь 40 *г*. Лук репчатый 30 *г*. Прочие овощи (капуста, огурцы, помидоры и др.) 500 *г*.

Кулинарная обработка должна соответствовать общему состоянию больного, сопутствующим заболеваниям и степени нарушения обмена веществ. Как правило, мясные и рыбные блюда жарят без панировки, супы готовят без подболточной муки; сладкие блюда можно готовить на сахарине. Рекомендуются богатые витаминами свежие овощи и фрукты (не очень сладкие).

Диета Ха

Показания. Ревматические пороки клапанов сердца с явлениями недостаточности кровообращения.

Характеристика диеты. Полное исключение поваренной соли и экстрактивных веществ мяса и рыбы, со значительным ограничением жиров, углеводов и жидкости и с умеренным ограничением белков. Диета готовится из измельченных легкоусвояемых продуктов.

Суточный пищевой рацион содержит: белков 70 *г*, жиров 60 *г*, углеводов 250—300 *г*, калорий 1870—2000. Аскорбиновой кислоты 100—150 *мг*, тиамина и рибофлавина по 6 *мг*, никотиновой кислоты до 30 *мг*, витамина А — 3 *мг*. Солей кальция не менее 1 *г*, солей натрия (в продуктах) не более 1—1,2 *г*. Ограничение жидкости до 1200 *мл*, из них в виде напитков и жидких блюд не более 600 *мл* (остальная жидкость входит в состав продуктов).

Состав диеты. Хлеб бессолевой из муки пшеничной второго сорта 150—200 *г* на день. Молоко, чай с молоком по полстакана, кефир, простокваша. Сливочное масло и жиры растительные до 40 *г* на день. Супы вегетарианские протертые из овощей, круп или фруктов (не более полтарелки в обед). Мясо или рыба в рубленом виде, приготовленные на

пару (один раз в день). Творог свежий. Яйца всмятку (не более 1 шт. в день). Овощи преимущественно в вареном и протертом виде, за исключением бобовых, значительного количества картофеля и других продуктов, вызывающих вздутие кишечника. Разрешаются салаты из мелконарезанных овощей и зелени. Каши протертые на молоке. Фрукты сырые, печеные и вареные, преимущественно в протертом виде. Витамины даются в виде отвара шиповника, овощных и фруктовых соков, дрожжей.

Кулинарная обработка. Хлеб и все блюда готовятся без соли. Вся пища готовится из измельченных продуктов. Вегетарианские блюда разрешается жарить. Мясные и рыбные рубленые блюда готовятся на пару и уже в готовом виде их можно обжарить. Зелень и овощи для салатов мелко шинкуются, огурцы очищаются. Соусы сметанно-молочные, на овощном отваре и фруктовые. Следить за количеством жидкости, избегать продуктов, вызывающих вздутие живота.

Режим питания. Прием пищи 6 раз в день.

Примечание. Больным с недостаточностью кровообращения III степени необходимо в первые 2—3 дня лечения вводить до 40 *г* белков, 25—30 *г* жиров, 50—60 *г* углеводов при калорийности пищи 500—650 калорий. Пища должна содержать достаточно кальциевых и мало натриевых солей при условии преобладания щелочных валентностей над кислыми. Пищу готовят без соли и дают больному в теплом виде 8 раз в сутки, равномерно распределяя на все приемы. Больной получает до 800 *мл* жидкости в сутки в виде молока или других молочных продуктов; в меню вводят ягодные, фруктовые и овощные соки.

Через 2—3 дня больного переводят на питание, содержащее до 1000 калорий, при этом белков вводят 54—60 *г*, жиров до 40 *г*, углеводов 120 *г*, жидкости до 800 *мл*. Больной получает до 50 *г* хлеба пшеничного, молочную кашу, молоко, сливочное масло, 1 яйцо всмятку, протертую морковь, сладкие блюда, фруктовые, ягодные и овощные соки. Пищу готовят без соли. Запрещаются соусы, пряности, мясные и рыбные навары.

После улучшения общего состояния больных постепенно переводят на диету Ха, а потом, после восстановления компенсации, на диету Х.

Диета Х

Показания. Заболевания сердца (кардиосклероз и др.) без явлений недостаточности кровообращения или при умеренных явлениях. Гипертоническая болезнь.

Характеристика диеты. Ограничение поваренной соли, жидкости, грубой клетчатки и экстрактивных веществ мяса и рыбы и включение продуктов с большим содержанием солей кальция. Назначается с целью повысить диурез,

уменьшить нагрузку на сердце при пищеварении и укрепить сердечную мышцу.

Суточный пищевой рацион содержит: белков 80—100 *г*, жиров 70—80 *г*, углеводов 400—500 *г*, калорий 2420—3000. Витамины: С — 150 *мг*, B_1 — 2 *мг*, B_2 — 2 *мг*, РР — 30 *мг*, А — 2 *мг*. Минеральные соли: кальция не менее 1 *г*, магния 0,5 *г*, фосфора 1,5—1,6 *г*, железа 15 *мг*, натрия в составе продуктов 1—1,5 *г* и для присаливания пищи 5—6 *г*.

Жидкость ограничивается до 1500 *мл*, из них в виде напитков и жидких блюд 800 *мл* (остальная жидкость в составе продуктов).

Состав диеты. Хлеб из муки пшеничной второго сорта и пшеничной обойной. Масло несоленое разное. Творог, молоко, простокваша, кефир. Супы вегетарианские, фруктовые, молочные, изредка некрепкий мясной бульон (в пределах нормы жидкости). Мучные изделия несдобные и не слишком компактные (блины, кулебяки запрещаются). Различные овощи и зелень в сыром, тонконашинкованном виде и отварные, запеченные и жареные. Капуста, картофель, бобовые — в ограниченном количестве (так как вызывают вздутие кишечника). Соусы белые. Фрукты и ягоды в сыром и печеном виде, кисели, компоты.

Витамины даются в виде отвара шиповника, овощных и фруктовых соков, дрожжей.

Кулинарная обработка. Все блюда готовятся без соли с учетом количества разрешенной лечащим врачом жидкости. Овощи для супов пассеруются. Вегетарианские блюда готовятся в отварном, запеченном и жареном виде. Мясные и рыбные блюда отварные и приготовленные на пару, уже в готовом виде разрешается их обжарить. Отсутствие соли в блюдах отчасти заменяется лимонной или уксусной кислотой, зеленым или поджаренным луком. Перец и другие очень пряные специи запрещаются.

Режим питания. Прием пищи 4 раза в день, небольшими порциями. Последний прием за 3 часа до сна.

Диета Хб

Показания. Атеросклероз в прогрессирующей стадии. Ожирение с дистрофией миокарда.

Характеристика диеты. Диета состоит в основном из молочно-растительных продуктов, с максимальным ограничением пищевых веществ, содержащих холестерин и витамин D, ограничением жиров и экстрактивных азотсодержащих веществ. Диета содержит значительное количество

веществ, обладающих липотропным действием (холин, метионин, лецитин), продуктов, богатых витаминами С и РР, при нормальном содержании витаминов B_1, B_2, достаточное количество клетчатки и послабляющих веществ, нормализующих функцию кишечника и способствующих выведению кишечником холестерина. Ограничены пищевые вещества, возбуждающие центральную нервную систему (крепкий чай, кофе и др.). Животные жиры в значительной части заменены растительным маслом, лишенным холестерина и обладающим необходимыми ненасыщенными жирными кислотами. Пищевой рацион содержит: белков 80—100 *г*, жиров 50—60 *г*, углеводов 300—400 *г*, калорий 2200—2600. Поваренной соли 8—10 *г*. Витамины: С — 150—200 *мг*, РР — 30 *мг*, B_1 — 2 *мг*, B_2 — 2 *мг*, А — 2 *мг*.

Состав диеты. Белки обеспечиваются главным образом за счет молочных и растительных продуктов. Творожные блюда и натуральный творог (преимущественно обезжиренный) не менее 200—250 *г* в день и другие молочнокислые продукты и молоко (если оно не вызывает метеоризма). Мясо и рыба нежирные в отварном виде и не более 1 раза в день. Жиров не более 40 *г* в день, преимущественно растительных, нерафинированных (рафинация лишает жиры фосфатидов) и отчасти масло сливочное. Сало запрещено. Исключаются все продукты, богатые холестерином (яичные желтки, мозги, печень, почки, другие внутренние органы, жирные сорта мяса и рыбы и др.). Из круп рекомендуются овсяная и гречневая. Овощи всякие и во всех видах, за исключением соленых и квашеных. Рекомендуются свежие фрукты и ягоды. Супы вегетарианские овощные, крупяные, грибные. Один раз в неделю — мясной или рыбный суп. Хлеб всякий, но преимущественно ржаной и из муки пшеничной обойной, содержащий отруби, вчерашней выпечки, не более 400 *г* в день (учитывая калорийность рациона).

Витамины обеспечиваются отваром шиповника, свежими овощами, зеленью, фруктами и соками из них.

Кулинарная обработка. Обрабатывая мясо, необходимо тщательно удалять жир и только хорошо обезжиренное мясо пропускать в мясорубку или закладывать в котел для варки. Уже отваренное мясо и рыбу или готовую паровую котлету разрешается обжарить для придания блюду более аппетитного вида и вкуса. Особое внимание уделяется сохранению витамина С, для чего перед подачей в уже готовый суп добавляют сырой свежеотжатый овощной сок (ка-

пустный, картофельный, помидорный, морковный и др.); также и в сладкие блюда (кисели, компоты) добавляют фруктовые и ягодные соки, не доводя, после обогащения витаминами, блюдо до кипения.

Режим питания. Обычный госпитальный.

Примечание. При инфаркте миокарда питание проводится следующим образом: первые 1—2 дня (в период острого приступа) больному дают только пить глотками каждые 1½—2 часа некрепкий чай, фруктовые соки и отвары. Можно дать немного бульона. Всего не более 600 *мл* жидкости в сутки. Молоко не рекомендуется (может вызывать вздутие кишечника).

Напитки должны быть теплыми.

В остром послеприступном периоде (10—12 дней) индивидуально назначают диету в каждом отдельном случае, руководствуясь следующими принципами: питание дробное (6 раз в день), необъемистое, состоящее из легко перевариваемых продуктов, не вызывающих метеоризма. Из пищи исключаются вещества, способствующие свертыванию крови (сливки, сметана) и содержащие значительные количества витамина К (томатный сок, помидоры, шпинат), а также продукты, богатые холестерином.

Преимущественно назначается молочно-растительная пища: творог и блюда из него, простокваша, кефир; блюда из вареных протертых овощей, из круп, из фруктов. Мясо и рыба нежирные 1 раз в день, в рубленом, паровом виде, кнели, фрикадели и т. п. Рыбу отварную можно дать куском (порция не более 50 *г* в готовом виде). Свекольный, морковный соки, фруктовые соки, отвар шиповника, сырые протертые яблоки, чай с молоком. Белые сухари 100—150 *г* в день. Рекомендуется пищу готовить без соли. Жидкости (напитки и суп) не более 700—800 *мл* в день.

Суточный рацион содержит: белков 50 *г*, жиров 35 *г*, углеводов 192 *г*, калорий 1300. Витамины: С — 300 *мг*, B_1 и B_2 по 2 *мг*, РР — 15—20 *мг*, А — 2 *мг*.

На следующие 10—12 дней (подострый период) следует несколько расширить диету, увеличив содержание белков до 80 *г*, жиров до 50 *г*, углеводов до 250—300 *г*, калорийность возрастет до 1800—2000 калорий. Витамины: С — 300 *мг*, B_1 и B_2 по 3—4 *мг*, РР — 20 *мг*, А — 2 *мг*.

Диета такая же, как и в остром послеприступном периоде, но блюда могут быть несколько более объемистыми и разнообразными. Измельчение продуктов необязательно.

Поваренной соли в день 3—4 *г*. Разрешаются супы овощные, крупяные, молочные и фруктовые; нежирное мясо и рыба, преимущественно творог и другие молочно-кислые продукты; блюда из круп, овощей и фруктов, ягоды, кисели, компоты, желе. Два дня в неделю — только вегетарианская пища.

В функционально-восстановительном периоде примерно на 6—7-й неделе (когда больной начнет передвигаться) назначается диета Хб.

Диета XI

Показания. Туберкулез легких и костно-суставной без сопутствующего поражения желудочно-кишечного тракта. Заболевания крови. Пониженное общее питание.

Характеристика диеты. Диета назначается с целью укрепить физическое состояние и повысить сопротивляемость организма к инфекции; она характеризуется умеренно повышенным содержанием белков, жиров и некоторых минеральных солей, а также увеличением количества витаминов.

Пищевой рацион содержит: белков от 100 до 130 *г*, жиров от 80 до 110 *г*, углеводов до 550 *г*, калорий от 3400 до 3800, поваренной соли 12—15 *г*, кальция 1—1,2 *г*, фосфора до 2 *г*, железа не менее 15 *мг*.

Витамины: А — 3—4 *мг*, B_1, B_2 — по 5—6 *мг*, С — 150 *мг*, РР — 15—20 *мг*. В ряде случаев необходимо повысить и содержание витаминов К и D.

Состав диеты. Допускаются разнообразные продукты и блюда, содержащие животный белок, необходимые минеральные соли и витамины: мясо, рыба, печень, блюда из сухого гематогена, яйца, молоко, творог и другие молочнокислые продукты, овощи и фрукты.

Витамины даются в виде сырых овощей, салатов и фруктов, настоя шиповника, жидких пекарских дрожжей.

Поваренная соль допускается в нормальном количестве.

Кулинарная обработка. Пищу готовят, сохраняя экстрактивные вещества, с нормальным содержанием поваренной соли и подают ее в горячем или теплом состоянии, а при наклонности к кровохарканию — охлажденную с дополнительным введением витаминов С и К.

Режим питания. Общегоспитальный.

Диета XIV

Показания. Фосфатурия с образованием камней. Вяло текущие гнойные раны.

Характеристика диеты. Диета состоит преимущественно из продуктов с преобладанием кислых валентностей и значительным ограничением пищевых веществ, богатых кальциевыми солями.

Рекомендуется обильное введение жидкости. Пищевой рацион содержит: белков 100 *г*, жиров 80 *г*, углеводов 600 *г*, калорий 3600. Витамины: С — 100 *мг*, B_1 — 3 *мг*, B_2 — 3 *мг*, РР — 20 *мг*, А — 2 *мг*.

Состав диеты. Питание состоит главным образом из мяса и рыбы с резким ограничением овощей, зелени, фруктов, яиц, молока и молочных продуктов. Разрешаются на-

питки — слабый чай с небольшим количеством молока; настой и отвар из яблочной кожуры, отвар шиповника, морковный сок (как витаминоносители). Хлеб всякий. Масло сливочное, растительное и другие жиры. Рекомендуются супы из круп и макаронных изделий на мясном и рыбном бульонах. Мясо и рыба в виде разнообразных блюд. Крупы, макаронные изделия, мучные блюда — во всех видах. Молоко, простокваша не более 100 *г* в день. Творог, яичные желтки, овощи и зелень из рациона исключаются (кроме сухих бобовых, тыквы). Ягоды и фрукты противопоказаны за исключением брусники, небольшого количества красной смородины и кислых яблок. Для приготовления блюд разрешается использовать не более $^1/_2$ яичного белка в день.

Для обеспечения диеты витаминами рекомендуется: рыбий жир, дрожжи (можно в виде жидких пекарских дрожжей), хлеб с отрубями, отвар шиповника, морковный сок.

Резко ограничиваются пищевые вещества, возбуждающие центральную нервную систему (крепкий чай, пряные приправы, экстрактивные соусы и т. п.). Поваренная соль — в нормальном количестве.

Кулинарная обработка. При приготовлении блюд молоко и яйца заменяются крупяным отваром, водой, а как связующее вещество используется манная крупа или желатин.

Режим питания. Общегоспитальный.

Диета XV

Показания. Выздоравливающим, по миновании надобности в лечебном питании. Больным, не нуждающимся в специальных лечебных диетах.

Характеристика и состав диеты. Разнообразная, физиологически полноценная диета при рациональной кулинарной обработке, обеспечивающей хорошие вкусовые качества и наилучшее сохранение витаминов и других биологически активных веществ.

Химический состав рациона (в пределах норм питания): белков 105 *г* (животных — 41 *г*), жиров 85 *г*, углеводов 590 *г*, калорий 3620.

Витамины: С — 150 *мг*, B_1 — 2,5 *мг*, B_2 — 2,3 *мг*, РР — 23 *мг*, А — 2 *мг*.

Разгрузочные дни

№ по пор.	Название и состав разгрузочного дня	Органических веществ в граммах			Калорийность	Минеральный состав* в миллиграммах			Количество жидкости
		белки	жиры	углеводы		калий	кальций	натрий	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	**Молочный**								
	молоко 1000 *мл*	33,0	35,0	44,0	640	1270	1150	440	709
2	**Кефирный или простоквашный**								
	кефир или простокваша 1000 *мл*	34,0	33,0	48,0	640	—	1070	—	911
3	**Молочно-творожный (жирный):**								
	молоко 500 *мл* . .	16,5	17,5	22,0	320	635	575	220	354
	творог (жирный) 300 *г*	43,2	51,5	2,9	666	600	189	96	60
	Итого . . .	59,7	69,0	24,9	986	1235	764	316	414
	Молочно-творожный (нежирный):								
	молоко 500 *мл* . .	16,5	17,5	22,0	320	635	575	220	354
	творог (нежирный) 300 *г*	50,4	1,4	2,9	232	600	189	96	60
	Итого . . .	66,9	18,9	24,9	552	1235	764	316	414
4	**Творожный (жирный)**								
	творог (жирный) 500 *г*	72,0	85,5	4,9	1110	1000	315	160	100
	сахар 100 *г* . . .	—	—	98,9	406	—	—	—	—
	Итого . . .	72,0	85,5	103,8	1516	1000	315	160	100

№ по пор.	Название и состав разгрузочного дня	Органических веществ в граммах			Калорийность	Минеральный состав* в миллиграммах			Количество жидкости
		белки	жиры	углеводы		калий	кальций	натрий	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Творожный (нежирный):								
	творог (нежирный) 500 *г*	84,0	2,4	4,9	387	1000	315	160	1000
	сахар 100 *г* . . .	—	—	98,9	406	—	—	—	—
	Итого . . .	84,0	2,4	103,8	793	1000	315	160	1000
5	**Сахарный:**								
	сахар 150 *г* . . .	—	—	148,3	608	—	—	—	—
	вода, слабый чай	—	—	—	—	—	—	—	800—1000
	Итого . . .	—	—	148,3	608	—	—	—	800—1000
6	**Яблочный:**								
	яблоки 1000 *г* . .	4,0	—	93,0	400	820	110	160	800
7	**Картофельный:**								
	картофель печеный 1000 *г* (с кожурой)	10,0	—	142,0	630	3220	98	160	600
8	**Салатный:**								
	капуста 500 *г* . .	5,7	—	18,0	97	1050	216	115	
	морковь 250 *г* . .	2,2	—	15,7	73	610	120	215	
	огурцы 500 *г* . .	3,6	—	9,2	52	1685	65	205	
	помидоры 250 *г*	1,9	—	7,7	39	750	24	37	
	масло растительное 30 *г*	—	28,4	—	264	—	—	—	
	сахар 15 *г*	—	—	14,8	61	—	—	—	
	Итого . . .	13,4	28,4	65,4	586	4095	425	572	

№ по пор.	Название и состав разгрузочного дня	Органических веществ в граммах			Калорийность	Минеральный состав* в миллиграммах			Количество жидкости
		белки	жиры	углеводы		калий	кальций	натрий	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	**Рисово-компотный:**								
	рис 75 *г*	4,8	0,7	54,0	247	52	7	18	
	сухофрукты 200 *г*	4,2	—	102,4	440	454	30	10	
	сахар 100 *г* . . .	—	—	98,9	406	—	—	—	
	вода 1000 *мл* . .	—	—	—	—	—	—	—	
	масло сливочное 15 *г*	0,1	11,9	0,1	111	—	—	—	
	Итого . . .	9,1	12,6	255,4	1204	506	37	28	
10	**Овсяный:**								
	овсяная крупа 200 *г*	17,8	11,7	119,6	672	688	138	124	
	масло сливочное 40 *г*	0,2	31,7	0,2	297	—	—	—	
	вода 900 *мл* . .	—	—	—	—	—	—	—	
	Итого . . .	18,0	43,4	119,8	969	688	138	124	

* Минеральный состав вычислен по таблицам химического состава и пищевой ценности пищевых продуктов, разработанным специальной междуведомственной комиссией Министерства здравоохранения СССР и утвержденным приказом Министерства здравоохранения СССР и Министерства пищевой промышленности СССР (изданы в 1954 г.). Недостающие сведения взяты из книги А. В. Реислер „Гигиена питания“ изд. 1957 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 17

Линия отрыва

„____________________" отделение

Палата №_____________

(Фамилия, имя, отчество больного)

ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ

Дата	Лечебно-диагностические назначения	Лата назначения	Дата отмены назначения	Подпись ординатора
1	2	3	4	5

Примечание. По окончании лечения больного лист назначения отрывается и подкалывается к истории болезни.

ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНЫХ

1. Транспортировка больных (раненых) военнослужащих, служащих и членов семей, нуждающихся в специализированном лечении, должна производиться в лечебные учреждения из войсковых частей санитарным автомобильным транспортом, а при значительном удалении (свыше 100 *км*) — железнодорожным, речным, морским или воздушным транспортом по пассажирским билетам, получаемым взамен перевозочных документов, выдаваемых на основании приказа Министерства обороны № 200 1956 г.

2. Транспортировка психических больных должна быть заранее подготовлена и предусматривать:

— купирование возбуждения больного;

— в случаях отказа от еды и соматической слабости — соответствующие предварительные мероприятия;

— осведомление больного о предстоящей транспортировке, а в случаях направления в психиатрическую больницу и соответствующая психотерапевтическая подготовка больного; последняя имеет целью устранить возможное возбуждение больного в пути следования;

— тщательный осмотр вещей, чтобы изъять предметы, которые могли бы быть использованы в дороге для самоповреждения, самоубийства, нападения на окружающих лиц.

3. Душевнобольные в дороге обеспечиваются необходимым уходом и надзором для предупреждения суицидальных попыток и агрессивных актов.

Для этой цели выделяются сопровождающие (медицинская сестра или фельдшер, санитар). Число их определяется состоянием больного.

Сопровождающий медицинский персонал должен иметь необходимые медикаменты (наркотические, болеутоляющие, сердечные), перевязочный материал и шприц.

4. Душевнобольные и пострадавшие от укуса бешеных животных вместе с сопровождающими их лицами обеспечиваются проездными документами для проезда в отдельном

изолированном купе или каюте (основание — директива Управления военных сообщений Генерального Штаба № 12/3815 от 8 июля 1953 г.).

5. По разрешению начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны в отдельных случаях для транспортировки больных используются военно-санитарные поезда и суда и другие виды транспорта.

6. При необходимости транспортировки больных по жизненным показаниям используется санитарная авиация гражданских органов здравоохранения, а также вертолеты и самолеты, приспособленные для перевозки раненых и больных на носилках, имеющиеся в распоряжении военных округов, флотов.

ПРИЛОЖЕНИЕ 19

ИНСТРУКЦИЯ

ПО УЧЕТУ ДАННЫХ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ДИНАМИЧЕСКОГО ВРАЧЕБНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Основным документом, в котором должна отражаться динамика состояния здоровья и физического развития офицера, адмирала и генерала, является медицинская книжка, в которую заносятся все данные медицинских обследований, результатов изучения труда и быта, врачебные назначения и рекомендации, результаты их выполнения и пр. В медицинские книжки должны заноситься также и результаты динамического врачебного наблюдения за выявленными больными.

Все записи о результатах врачебных осмотров, исследований, данных госпитального и санаторного лечения следует заносить в медицинские книжки в хронологическом порядке. (Результаты медицинского обследования в IV квартале заносят в имеющиеся для этой цели специальные графы).

Для лучшей плановости динамического врачебного наблюдения и контроля за ним врачи, его осуществляющие, должны вести учет проводимой ими работы по динамическому наблюдению по следующей форме:

№ по пор.	Фамилия, имя, отчество	Подразделение (телефон)	Месяцы												Примечание
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Больные гипертонической болезнью														
1	Сидоров В. К.		+/12.1	—	+/18.3	—	+/8.5	—	+/27.7	—	+/—	—	+/—	—	
2	Волков И. И..		—	—	+/4.3	—	—	+/11.6	—	—	+/—	—	—	+/—	
3	Лисицин Ф. Ф.		—	+/7.2	—	—	—	—	+/9.7	—	—	—	+/—	—	

и т. д.

Как видно из приведенной формы, лица, подлежащие наблюдению, распределяются на группы по заболеваниям или другим причинам (работающие с РВ, спортсмены и др.). Намечается план вызовов каждого наблюдаемого на медицинское обследование, делаются отметки о фактическом их выполнении.

Срок (месяц) намечаемых на год контрольных вызовов на обследование проставляется в числителе, а число и месяц выполнения вызова — в знаменателе. В случае необходимости врач, ведущий наблюдение, может в зависимости от результатов очередного осмотра перенести сроки очередных вызовов.

Указанной в знаменателе дате выполнения вызова должна обязательно соответствовать запись врача в медицинской книжке о результатах осмотра больного, о необходимых дополнительных обследованиях и рекомендованных лечебно-профилактических мероприятиях.

В частях (на кораблях) с небольшим числом динамически наблюдаемых лиц для учета может быть использована «Книга учета больных в амбулатории» (форма № 5), где раздел «Учет лиц, требующих систематического наблюдения» должен заполняться по указанной выше форме. В поликлиниках и учреждениях, где врачи систематически наблюдают за значительным числом больных, разрешается

вести по указанной форме специальные журналы учета динамического врачебного наблюдения.

На динамически наблюдаемых больных в медицинской книжке ежегодно должен быть записан краткий эпикриз, в котором указываются изменения, произошедшие в состоянии их здоровья за год, отражается эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий и намечаются пути обследования и лечения в следующем году. В эпикризах не следует повторять данных, имеющихся в медицинской книжке (диагноз, объективные данные и др.).

ПРИЛОЖЕНИЕ 20

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник _____ госпиталя
(лазарета; командир ОМСБ)

„_____“_____19__г.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН И ДНЕВНИК ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ВОЙСКОВОГО ВРАЧА

Индивидуальный план

В _____ отделении

_____ госпиталя (ОМСБ, лазарета)

1. Воинское звание, фамилия, имя, отчество _____

2. Продолжительность лечебной практики с _____

по _____

3. Конкретные задачи лечебной практики в данном отделении на этот период _____

_____

_____

4. Перечень практических навыков (медицинских манипуляций, процедур и т. д.), подлежащих освоению _____

5. Перечень литературы, подлежащей изучению (какие главы или разделы) и к какому сроку _____

_____

Начальник _____ *отделения*

_____ *госпиталя* (лазарета; командир ОМСБ)

_____
(воинское звание, подпись)

ДНЕВНИК ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Дата	Содержание проделанной работы (фамилии инициалы и диагнозы курируемых больных, номера историй болезни, выполненные врачебные манипуляции, изученная литература и т. д.)	Оценка руководителя практики

ОГЛАВЛЕНИЕ

Стр.

Предисловие 3

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ВОИНСКИХ ЧАСТЯХ, НА КОРАБЛЯХ И В ВОЕННО-УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

Глава I. Цель и задачи медицинской службы по лечебно-профилактическому обеспечению личного состава воинской части 9

Глава II. Организация медицинского контроля за физическим состоянием личного состава Советской Армии и Военно-Морского Флота 11

Диспансеризация офицеров, генералов, адмиралов и сверхсрочнослужащих 24

Глава III. Основы медицинского обеспечения боевой и физической подготовки личного состава воинской части 31

Глава IV. Лечебно-профилактические мероприятия в отношении некоторых групп заболеваний 42

Глава V. Мероприятия по предупреждению травматизма 69

Глава VI. Устройство медицинского пункта части и организация его работы 72

Глава VII. Организация и объем лечебной помощи в воинской части 82

Глава VIII. Порядок направления больных на лечение вне части 93

Глава IX. Особенности лечебно-профилактического обеспечения войск в лагерный период, во время походов и на маневрах (учениях) в летних и зимних условиях 98

Глава X. Особенности лечебно-профилактического обеспечения войск в условиях крайних климатических зон и горно-высотной местности 106

Глава XI. Особенности лечебно-профилактического обеспечения личного состава авиационных частей Советской Армии и Военно-Морского Флота 114

Глава XII. Особенности лечебно-профилактического обеспечения личного состава на кораблях в повседневных условиях 131

Стр.

Глава XIII. Особенности лечебно-профилактической работы в военно-учебных заведениях (военные академии, военные факультеты, военные училища) 139
Глава XIV. Особенности лечебно-профилактической работы в суворовских и нахимовских училищах 143
Глава XV. Особенности лечебно-профилактического обеспечения военнослужащих, рабочих и служащих Министерства обороны Союза ССР, занятых на работах с радиоактивными веществами и источниками ионизирующих излучений 147
Глава XVI. Организация медицинской помощи на дому офицерам, генералам и адмиралам. Медицинская помощь рабочим и служащим Советской Армии и Военно-Морского Флота, членам семей военнослужащих 159
Глава XVII. Военно-врачебная экспертиза в части и гарнизоне 163
Глава XVIII. Санаторное обеспечение военнослужащих кадрового состава, находящихся в отставке, запасе, и членов их семей 169
Глава XIX. Методика определения и анализа показателей заболеваемости в части 177
Глава XX. Организация, методы и средства санитарного просвещения 181
Глава XXI. Организация работы с письмами военнослужащих 184
Глава XXII. Организация работы детских учреждений Министерства обороны Союза ССР 186
Глава XXIII. Обеспечение протезно-ортопедическими изделиями пенсионеров Министерства обороны Союза ССР и военнослужащих Советской Армии и Военно-Морского Флота 189
Глава XXIV. Обязанности гарнизонного врача в лечебно-профилактическом обеспечении частей гарнизона . . 191

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ВОЕННО-ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Глава I. Задачи и содержание работы госпиталей 199
Глава II. Организационная структура военно-лечебных учреждений и функции их подразделений . . . 207
Глава III. Обязанности должностных лиц медицинского состава госпиталя 225
Глава IV. Порядок приема больных в госпитале, выписки их и перевода в другие лечебные учреждения . . 246
Глава V. Организационно-методические указания о порядке обследования больных, наблюдения за ними и выполнения врачебных назначений 251
Глава VI. Особенности организации работы в некоторых лечебно-диагностических отделениях 262
Глава VII. Организация работы поликлинического отделения госпиталя 288
Глава VIII. Организация работы стоматологической поликлиники 290

Стр.

Глава IX. Организация неотложной медицинской помощи в госпитале 293
Глава X. Организация переливания крови и плазмозамещающих жидкостей 300
Глава XI. Военно-врачебная экспертиза в госпитале 320
Глава XII. Организация патологоанатомической работы, судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы 322
Глава XIII. Организация военно-научной и рационализаторской работы 341
Глава XIV. Методика определения и анализа основных статистических показателей работы госпиталя . . . 351
Глава XV. Особенности организации и работы некоторых военно-лечебных учреждений 356
Глава XVI. Организация работы подвижного рентгеновского кабинета 362
Глава XVII. Материальное обеспечение военно-лечебных учреждений 364

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Методика проведения медицинского обследования военнослужащих срочной службы 379
2. Методика проведения медицинского обследования генералов, адмиралов, офицеров, слушателей высших военно-учебных заведений и военнослужащих сверхсрочной службы 385
3. Средние величины признаков физического развития 388
4. Примерная группировка обследованных генералов, адмиралов, офицеров и слушателей высших военно-учебных заведений, а также сверхсрочнослужащих в зависимости от состояния их здоровья 398
5. Схема объяснительной записки к годовому отчету о состоянии здоровья и медицинском обеспечении генералов, адмиралов, офицеров, а также слушателей высших военно-учебных заведений и сверхсрочнослужащих 403
6. Краткая характеристика диететического питания в воинских частях для солдат и сержантов, довольствующихся по солдатскому пайку 404
7. Ориентировочные размеры площадей для размещения медицинского пункта воинской части в приспособленных зданиях . . 406
8. Инструкция по борьбе с травматическим и ожоговым шоком на медицинском пункте воинской части 407
9. Инструкция по оказанию первой врачебной помощи на медицинском пункте воинской части при термических ожогах кожи 410
10. Инструкция по предупреждению отморожений и заболеваний, связанных с переохлаждением организма 414
11. Инструкция по оказанию первой врачебной помощи на медицинском пункте воинской части при отморожениях 417
12. Примерный перечень медико-санитарного имущества, входящего в комплект, предназначенный для обеспечения личного состава воинской части при выходах в поле, учениях и маневрах 419
13. График рабочего времени врачей и среднего медицинского состава для работы по санитарному просвещению 422

Стр.
14. Планирование работы войсковой медицинской службы 423
15. Примерный распорядок дня в госпитале и лазарете 428
16. Краткая характеристика диет лечебного питания в госпиталях и лазаретах 429
17. Лист назначений 454
18. Транспортировка больных 455
19. Инструкция по учету данных медицинского обследования и динамического врачебного наблюдения 456
20. Индивидуальный план и дневник лечебной практики войскового врача 458

Руководство по лечебно-профилактическому обеспечению Советской Армии и Военно-Морского Флота

Под наблюдением гв. подполковника медицинской службы *Бахвалова Б. Н.* и редактора полковника медицинской службы *Пахомова В. И.*

Технический редактор *Мясникова Т. Ф.* Корректор *Мирошниченко Е. В.*

Сдано в набор 1.03.58 г. Подписано к печати 23.11.59 г.

Формат бумаги 84 × 108¹/₃₂ — 14¹/₂ печ. л. = 23,78 усл. печ. л. 25,195 уч.-изд. л.

Г-52319.

Военное издательство Министерства обороны Союза ССР
Москва, К-9, Тверской бульвар, 18.

Изд. 4/668. Зак. 976.

1-я типография
Военного издательства Министерства обороны Союза ССР
Москва, К-6, проезд Скворцова-Степанова, дом 3